

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN
ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS

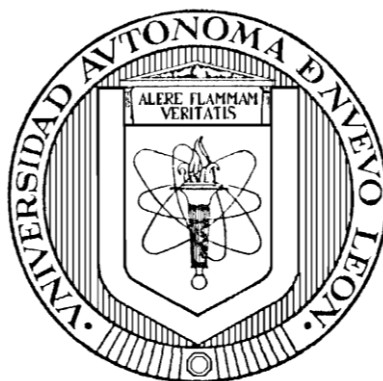
Por

MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOREN CIENCIAS DE ENFERMERIA

SEPTIEMBRE, 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN
ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS

Por

MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO

Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

SEPTIEMBRE, 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN
ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS

Por

MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO

Co-asesor Externo Internacional

DRA. EDILAINE CRISTINA DA SILVA GHERARDI DONATO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

SEPTIEMBRE, 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN
ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS

Por

MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

SEPTIEMBRE, 2020

AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN
ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis y Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Secretario

Dra. Karla Selene López García
1er. Vocal

Dra. Linda Azucena Rodríguez Puente
2do. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo brindado para realizar los estudios del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca proporcionada para realizar los estudios del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, directora de tesis por su orientación, sus consejos y su apoyo en el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Nora Angélica Armendáriz García, la Dra. Karla Selene López García, la Dra. Linda Azucena Rodríguez Puente y al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza por su orientación y apoyo en el desarrollo del presente trabajo.

A los profesores del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por su apoyo en la construcción de conocimiento a lo largo del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. Edilaine C. Silva Gherardi Donato de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, por acogerme durante el periodo de estancia. Así mismo a Mariana Fernández y a Vinicius Morales por todo su apoyo y por sus consejos y por todos los grandes momentos que viví a lado suyo durante la estancia.

A mis compañeros Natalia, Martha, Enrique y Ulises gracias por las experiencias vividas durante estos tres años, por su cariño, su apoyo y por su aprendizaje. Aprendí mucho de cada uno de ustedes.

A mis maestros de inglés Rodrigo y Frank por su enseñanza durante el verano de inglés. A Paola, Natalia, Vladislava y Gambhir por todo su apoyo, su amistad y por aprendizaje que me brindaron sobre sus países.

A Hortencia y a la Hna. Rita por su apoyo y porque gracias a ellas tuve la bendición de conocer a la Sra. Brenda Mendoza y al Sr. José Mendoza a quienes les estoy eternamente agradecido por su cariño, su apoyo invaluable y por estar al pendiente de mí durante el verano de inglés.

Al Padre Alfredo Becerra y al Padre Pedro Montemayor por su apoyo durante la recolección de los datos. A los Adultos Mayores que participaron en el estudio que siempre nos recibieron con atención y disponibilidad.

A mis amigos Nancy, Gloria, Froy, Efraín, Luis y Javier y a las(os) Pas. de Lic. en Enfermería Dulce, Cynthia, Nallely, Mayte, Michelle, Yulissa, Alicia, Fredy, Cesar, Daniel y Mario por su apoyo durante estos tres años durante las prácticas en el turno vespertino, por todas las experiencias vividas.

A Nallely y Lety por todo su amor, cariño, paciencia y comprensión. Por su amistad y por cada videollamada, por sus oraciones y por cada momento vivido en estos tres años.

Dedicatoria

A Dios, mi apoyo, mi fortaleza, por su infinito amor y por guiarme, cuidarme y darme la gracia para superar los momentos de difíciles que viví al estudiar el Programa de Doctorado.

A mis padres, siempre presentes por su apoyo, sus esfuerzos y sus consejos, los cuales fueron tesoros invaluable para culminar el Programa de Doctorado.

A mis hermanos Juan, Esteban y Cristian apoyo, motivación, paciencia y comprensión en todo momento de mi vida, especialmente en estos últimos tres años.

A mis hermanos y amigos de la Comunidad del Cordero en especial a Diana, Mauricio, Arturo, Kevin, Diego, Arturo, Alondra y Pedro, por su apoyo, comprensión, por sus consejos y por incentivar me en todo momento.

Resumen

MCE. Carlos Alberto Salazar Moreno. Fecha de Graduación: Julio, 2020
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título del Estudio: AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS.

Número de páginas: 275 Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue proponer y verificar una teoría de Situación Específica denominada “Vulnerabilidad, Autotrascendencia, Sentido de Coherencia y Bienestar en adultos mayores que consumen alcohol y drogas médicas” a partir de la Teoría de la Autotrascendencia (Reed, 2018) y el Modelo Salutogénico (Antonovsky, 1987). El diseño fue descriptivo correlacional, predictivo y de comprobación de modelo. La población estuvo conformada por adultos mayores que participaban de diversas actividades en grupos sociales de los municipios de Santa Catarina, Guadalupe y Apodaca, Nuevo León, México. El muestreo fue probabilístico proporcional al tamaño de cada uno de los 14 estratos. La muestra se calculó bajo los siguientes criterios: un nivel de significancia del .05, un nivel de confianza de 95% con poder del 90%, con un coeficiente de determinación de .9 calculado para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple con 10 variables independientes, resultando una muestra total de 251 adultos mayores. Se utilizaron una Cédula de Datos Personales y 8 instrumentos: el Inventario de Estrés en la Vida de AM (Aldwin, 1990), ($\alpha = 0.68$), la Escala de Autotrascendencia, (Reed, 1991) ($\alpha = .80$) la Escala de Perspectiva Espiritual (Redd, 1986) ($\alpha = 0.91$), la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989) ($\alpha = 0.86$), el Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (SOC-13) (Antonovsky, 1987) ($\alpha = 0.79$), el Examen de Tamizaje de Alcoholismo Michigan Versión Geriátrica (MAST-G) (Blow, 1992) ($\alpha = .81$), el índice de Religión de la Universidad de Duke (Koenig et al., 2010) ($\alpha = .83$) y la Escala de Bienestar Social (Keyes, 1998) ($\alpha = .92$). Para realizar el análisis de los datos se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach. El análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas se realizó mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de variabilidad. A través de la prueba Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, se identificó que las variables no presentaron una distribución normal, por lo que se determinó el uso de estadística no paramétrica.

Contribución y Conclusiones: El 77.3% de los participantes perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 71.2 años ($DE = 6.9$). En cuanto a la escolaridad, la media de los años de estudio fue de 6.2 años ($DE = 3.4$) y el 54.1% cursó la primaria. En cuanto al estado civil el 49% estaba casado, el 33.9% viudo, el 10.3% divorciado y el

6.8% soltero. En relación con la ocupación el 59% se dedicaba al hogar, el 27.5% estaban jubilados, el 5.1% trabajaba en comercio menor, el 8% contaba con un negocio propio y el 0.4% es paquetero en tiendas de autoservicio. Y en cuanto a la religión el 86.5% se identificó como católico, el 4.7% con ninguna religión, 4% Testigo de Jehová, el 3.2% cristiano y el 1.6% evangélico.

Respecto a la primera hipótesis se observó una relación negativa y significativa entre los eventos estresantes de la vida y la autotranscendencia (intra e interpersonal) ($r_s = -.169, p = .007$), no se encontró relación significativa entre los eventos estresantes de la vida y la espiritualidad (autotranscendencia transpersonal) ($p > .05$). Los eventos estresantes de la vida tienen un efecto negativo y significativo sobre la autotranscendencia (intra e interpersonal) en los AM ($\beta = -.363, p = .010$). Los eventos estresantes de la vida no tienen efecto significativo sobre la espiritualidad (autotranscendencia transpersonal) en los adultos mayores ($p > .05$).

En cuanto a la segunda hipótesis se observó que existe una relación negativa y significativa entre la autotranscendencia y el consumo combinado de alcohol y drogas médicas ($r_s = -.108, p = .045$). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre la autotranscendencia y el consumo de alcohol sensato ($p > .05$) y drogas médicas con prescripción ($p > .05$), pero si se observó relación positiva y significativa entre la autotranscendencia y el bienestar psicológico ($r_s = .555, p = .001$) y social ($r_s = .474, p = .001$). Además, se documentó relación negativa y significativa entre la espiritualidad y el consumo de alcohol sensato ($r_s = -.129, p = .020$) y el consumo combinado de alcohol y drogas médicas ($r_s = -.117, p = .032$). No se encontró relación entre la espiritualidad y el consumo de drogas médicas con prescripción ($p > .05$). Así mismo, se encontró una relación positiva y significativa entre la espiritualidad y el bienestar psicológico ($r_s = .375, p = .001$) y social ($r_s = .245, p = .001$). No se observó efecto de la autotranscendencia y la espiritualidad con el consumo de alcohol sensato ($p > .05$), con el consumo de drogas médicas con prescripción ($p > .05$) y el consumo combinado de alcohol y de drogas médicas ($p > .05$). La autotranscendencia tuvo efecto sobre el bienestar psicológico ($\beta = .42, p < .001$); no obstante, la espiritualidad no mostró efecto sobre el bienestar psicológico ($p > .05$). Así mismo, la autotranscendencia tuvo efecto sobre el bienestar social ($\beta = .44, p < .001$); no obstante, la espiritualidad no mostró efecto sobre el bienestar social ($p > .05$).

En relación con la tercera hipótesis se observó que existe una relación negativa y significativa entre los eventos estresantes de la vida y el sentido de coherencia ($r_s = -.474, p = .001$). Además, los eventos estresantes de la vida tienen un efecto negativo y significativo sobre el sentido de coherencia en los adultos mayores ($\beta = -1.11, p = .006$).

Respecto a la cuarta hipótesis del estudio se observó una relación negativa y significativa entre el sentido de coherencia y el consumo de drogas médicas con prescripción ($r_s = -.144, p = .023$), pero no se encontró relación significativa entre el sentido de coherencia y el consumo de alcohol sensato ($p > .05$) y el consumo combinado de alcohol y drogas médicas ($p > .05$). Además, se encontró relación positiva y significativa entre el sentido de coherencia y el bienestar psicológico ($r_s = .549, p = .001$) y social ($r_s = .363, p = .001$). El sentido de coherencia no tiene efecto significativo con el consumo de alcohol sensato ($p > .05$) y el consumo combinado de alcohol y drogas médicas ($p > .05$). No obstante, el sentido de coherencia tiene efecto

negativo con el consumo de drogas médicas con prescripción ($\beta = -.004, p = .006$). Además, el sentido de coherencia tuvo un efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico ($\beta = .451, p < .001$) y social ($\beta = .388, p < .001$).

En cuanto a la quinta hipótesis los factores personales (edad, sexo y estado civil) no mostraron efecto moderador en la relación entre los eventos estresantes de la vida y la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]) ($p > .05$). Los factores contextuales (religiosidad) no mostraron efecto moderador en la relación entre los eventos estresantes de la vida y la autotrascendencia ($p > .05$). No obstante, los factores contextuales (religiosidad) mostraron un efecto moderador en la relación entre los eventos estresantes de la vida y la autotrascendencia transpersonal (espiritualidad) ($\beta = 3.08, p = .001$). Los factores personales (edad, sexo y estado civil) y contextuales (religiosidad) no tuvieron efecto moderador en la relación entre la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]) con el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social ($p > .05$).

En cuanto al objetivo general del estudio ninguna de las variables del estudio predijo el bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ($p > .05$). Las variables predictoras del bienestar psicológico fueron la autotrascendencia ($\beta = .27, p = .001$) y el sentido de coherencia ($\beta = .29, p = .001$). Las variables predictoras del bienestar social fueron la autotrascendencia ($\beta = .27, p = .001$) y el sentido de coherencia ($\beta = .29, p = .001$).

Los hallazgos reportados en el presente estudio aportan a las proposiciones de la teoría propuesta y aportan conocimiento científico a la disciplina de enfermería en la temática del consumo de alcohol y drogas médicas en adultos mayores. Los hallazgos pueden ser de utilidad para el cuidado enfocado a la prevención del consumo de alcohol, drogas médicas y el consumo combinado de alcohol y drogas médicas en adultos mayores. Se respalda la necesidad de seguir realizando investigación basada en teoría disciplinar integrando el uso de teorías de otras disciplinas, para dar respuesta a los fenómenos de interés de enfermería.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	13
Teoría de la Autotrascendencia	14
SOC del Modelo Salutogénico	17
Análisis de las declaraciones filosóficas y la visión del mundo	18
Declaraciones filosóficas y la visión del mundo de la Teoría de la Autotrascendencia	19
Declaraciones filosóficas y la visión del mundo del Modelo Salutogénico	19
Vinculación entre la Teoría de la Autotrascendencia y el SOC	20
Necesidad de inclusión de un constructo de la psicología a una teoría de enfermería	20
Substracción Teórico-Conceptual-Empírica	21
Paso 1: identificación de conceptos	21
Paso 2: clasificación de los conceptos	21
Paso 3: identificación y clasificación de las proposiciones	23
<i>Proposiciones relacionales</i>	23
Paso 4: orden jerárquico de proposiciones	23
Paso 5: la construcción del diagrama	24
Síntesis Teórica	26
Fase 1: Especificar los conceptos focales.	26
Fase 2: Identificar los factores relacionados y las relaciones.	26
Fase 3: Construcción de la representación integrada.	27

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Reconceptualización y definición operacional de los conceptos de la Teoría de Situación Específica	27
Vulnerabilidad	28
Autotrascendencia	29
Bienestar	31
Factores personales y contextuales	34
Sentido de coherencia	35
Estudios relacionados	37
Consumo de Alcohol	37
Consumo de Drogas Médicas	41
Vulnerabilidad (EEV)	44
Vulnerabilidad (EEV) y autotrascendencia	48
Vulnerabilidad (EEV) y autotrascendencia transpersonal (espiritualidad)	49
Vulnerabilidad (EEV) y SOC	52
Autotrascendencia y bienestar	55
Autotrascendencia transpersonal (espiritualidad) y bienestar	59
SOC y bienestar	62
Factores contextuales (religiosidad) y bienestar	65
Definición de términos	68
Objetivos específicos	71
Hipótesis	71
Objetivo General	72
Capítulo II	
Metodología	73

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Diseño del estudio	73
Población, muestreo y muestra	73
Criterios de inclusión	74
Instrumentos de lápiz y papel	74
Procedimiento de recolección de datos	82
Consideraciones éticas	84
Estrategia de análisis de datos	86
Capítulo III	
Resultados	89
Consistencia interna de los instrumentos	89
Estadística Descriptiva	90
Consumo de Alcohol	91
Consumo de Drogas Médicas	91
Estadística inferencial	93
Objetivos Específicos	95
Primer objetivo específico: identificar los EEV por sexo	95
Segundo objetivo específico: identificar diferencias en las prevalencias de consumo de alcohol por sexo	97
Tercer objetivo específico: identificar los tipos de consumo de alcohol y los tipos de drogas médicas consumidas por sexo	100
Cuarto objetivo específico: identificar los puntajes de autotranscendencia, de espiritualidad, SOC y religiosidad en los AM por sexo.	101

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Hipótesis 1: los EEV están asociados con la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas	101
Hipótesis 2: a mayor autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas	104
Hipótesis 3: Los EEV están asociados con el SOC en los AM que consumen alcohol y drogas médicas	109
Hipótesis 4: a mayor SOC mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas	110
Hipótesis 5: la edad, el sexo, el estado civil y la religiosidad moderan la relación entre los EEV y la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y en la relación entre la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y el bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas	113
Objetivo general	124
Capítulo IV	
Discusión	134
Conclusiones	147

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Recomendaciones	150
Limitaciones	151
Referencias	152
Apéndices	
A. Distribución de la muestra en 14 estratos	190
B. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE) de Pfeiffer	191
C. Cédula de Datos Personales y Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas	193
D. Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI)	198
E. Escala de Autotrascendencia	201
F. Escala de Perspectiva Espiritual	203
G. Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (SOC-13)	206
H. Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan- Versión Geriátrica MAST-G	212
I. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión corta)	215
J. Escala de Bienestar Social de Keyes	218
K. Índice de Religión de la Universidad de Duke	221
L. Consentimiento Informado	223
M. Permisos Recolección para Recolección de Datos	226
N. Opciones de Respuesta Graficas	240
Ñ. Tabla de EEV General	241
O. Tabla de EEV Sexo Masculino	246
P. Tabla de EEV Sexo Femenino	248

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Q. Tabla descriptiva para variables continuas y numericas en el sexo masculino	251
R. Tabla descriptiva para variables continuas y numericas en el sexo femenino	252

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	89
2. Características sociodemográficas (sexo, estado civil, año escolar y ocupación)	90
3. Clasificación del consumo de alcohol según el MAST-G	91
4. Consumo de Drogas Médicas	92
5. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de drogas médicas	92
6. Drogas médicas más consumidas de acuerdo al tipo	93
7. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov Corrección de Lilliefors para las variables continuas y numéricas	94
8. EEV experimentado por los AM en los últimos 12 meses general	95
9. EEV experimentado por los AM en los últimos 12 meses en el sexo masculino	96
10. EEV experimentado por los AM en los últimos 12 meses en el sexo femenino	97
11. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol	98
12. Prevalencia alguna vez en la vida de consumo de alcohol por sexo	98
13. Prevalencia en el último año de consumo de alcohol por sexo	99
14. Prevalencia en el último mes de consumo de alcohol por sexo	99
15. Prevalencia en la última semana de consumo de alcohol por sexo	100
16. Clasificación del consumo de alcohol de acuerdo al MAST-G por sexo	100
17. Tipos de drogas médicas consumidas por sexo	101

Lista de Tablas

Tabla	Página
18. Prueba U de Mann- Whitney para autotrascendencia, espiritualidad, SOC y religiosidad por sexo	102
19. Coeficiente de Correlación de Spearman para los EEV, la autotrascendencia y la espiritualidad	103
20. Regresión Lineal Simple para el efecto de los EEV sobre la autotrascendencia	103
21. Regresión Lineal Simple para el efecto de los EEV sobre la espiritualidad	104
22. Coeficiente de Correlación de Spearman la autotrascendencia y la espiritualidad y el bienestar (físico, psicológico y social)	105
23. Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar físico (consumo de alcohol sensato)	106
24. Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar físico (consumo de drogas médicas con prescripción)	106
25. Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar físico (no consumo combinado de alcohol y de drogas médicas)	107
26. Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar psicológico	107
27. Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar social	108
28. Coeficiente de Correlación de Spearman para los EEV y el SOC	109
29. Regresión Lineal Simple para el efecto de los EEV sobre el SOC	109

Lista de Tablas

Tabla	Página
30. Coeficiente de Correlación de Spearman SOC y el bienestar (físico, psicológico y social)	110
31. Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar físico (consumo de alcohol sensato)	111
32. Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar físico (consumo de drogas médicas con prescripción)	111
33. Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar físico (consumo combinado de alcohol y drogas médicas)	112
34. Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar psicológico	112
35. Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar social	113
36. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales sobre la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad])	114
37. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales y los EEV sobre la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad])	116
38. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social	118
39. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales y la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad] sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social	121

Lista de Tablas

Tabla	Página
40. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social	125
41. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social	130

Lista de Figuras

Tabla	Página
1. Teoría de la Autotrascendencia, Pamela Reed.	15
2. Substracción Conceptual-Teórico-Empírica	25
3. Teoría de Situación Específica de Vulnerabilidad, Autotrascendencia, Sentido de Coherencia y Bienestar en AM que consumen y no consumen alcohol y drogas médicas.	27
4. Comprobación del Modelo Explicativo de Vulnerabilidad, Autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]), SOC y Bienestar (físico [consumo de alcohol sensato], psicológico y social en AM que consumen y no consumen alcohol y drogas médicas.	133

Capítulo I

Introducción

En las dos últimas décadas, la población mundial experimenta un proceso acelerado de envejecimiento. Se espera que para el año 2050, la proporción de los adultos mayores (AM) del planeta se duplique de un 11% a un 22% y en números absolutos transitará de 605 millones a 2,000 millones en el transcurso de medio siglo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017a). Según datos del Censo de Población y Vivienda del 2010 en México fueron identificados 10.1 millones de AM, que representa el 9% de la población total y se espera que para el 2036 ascienda al 15%; en el estado de Nuevo León la población total de este grupo etario en dicho censo fue de 407,278 (8.9%), de los cuales 217,001 (53.2%) pertenecían al sexo femenino (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014).

El incremento en el número de AM genera un impacto en los sistemas de salud por el aumento de la atención médica, tratamiento farmacológico y cuidado de enfermería como consecuencia de la presencia de enfermedades no transmisibles como la diabetes (30.3%), la hipercolesterolemia (36.1%), la hipertensión (36.3%) y las enfermedades cardiovasculares (30.5 %) entre otras (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2017; OMS, 2017a; Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

Además de estos problemas de salud el AM experimenta problemas sociales y dificultades económicas por no contar con jubilación digna, lo cual los obliga a buscar un trabajo que no requiera de esfuerzo físico (19.4% de las mujeres y el 50.8% de los hombres), o les implica también tener que vivir con sus hijos o familiares (49.7% de los hombres y el 37.9% de las mujeres) o vivir solos o con sus parejas (12% de las mujeres y el 9.2% de los hombres) muchas veces en estado de abandono, estos hechos pueden ser considerados como Eventos Estresantes de la Vida (EEV) (American Psychological Association [APA, por sus siglas en inglés], 2018; Goh, Vitry, Semple, Esterman, & Luszcz 2009; Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2015; Louro, Bayarre,

& Álvarez, 2015).

Otros EEV que experimentan los AM con frecuencia son la disminución del estado funcional, la pérdida del cónyuge o de seres queridos, el cambio de residencia, la falta de apoyo social, la pérdida de estatus socioeconómico debido a la jubilación, el cambio en los roles sociales y la incapacidad para trabajar (De Paula, Koller, & Novo, 2011; D'Incau, Barbui, Tubini, & Conforti, 2011; Fink, Kuskowski, & Marshall, 2014; Gossop, 2008).

La experiencia repetida de estos eventos puede llevar a la presencia de síntomas emocionales negativos como el miedo, el malestar, la ansiedad, la angustia, la tristeza, la frustración y el agobio, estas a su vez pueden generar desordenes psicológicos como el insomnio y la depresión (Barros, Fortes, & Herrera, 2003; De Paula et al., 2011; Diniz et al., 2017). Además, los EEV pueden influir en el inicio o el incremento del consumo de alcohol y drogas médicas con y sin prescripción y al consumo combinado de ambas sustancias como una respuesta de afrontamiento para minimizar sus efectos que a su vez generan consecuencias negativas a la salud y el bienestar (Alonso, Paluci, Alonso M, Guzmán, & Gómez, 2008; Gossop, 2008; National Institute on Drugs Abuse [NIDA, por sus siglas en inglés], 2017; Sacco, Bucholz, & Harrington, 2014).

En relación con el consumo de alcohol se estima que en Estados Unidos entre el 40% y el 50% de los AM consume alcohol de forma excesiva, incluso entre los AM de 75 años o más el 20% o el 25% de consumen alcohol de forma excesiva (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA, por sus siglas en inglés], 2017). En relación con los patrones de consumo entre los bebedores de alcohol en Estados Unidos, hasta el 12% de las mujeres AM y el 30% de los hombres AM consumen tres o más bebidas por ocasión y con respecto a los límites semanales, aproximadamente el 45% son bebedores actuales que consumen un promedio de más de siete bebidas por semana y aproximadamente el 25% consumen un promedio de más de 14 bebidas alcohólicas por semana (Moos, Schutte, Brennan, & Moos, 2009).

En Alemania según datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2008-2011 el 51% de los AM consume alcohol al menos una vez a la semana, el 18.4% una vez al día y en cuanto a los tipos de consumo el 66.9% tiene consumo sensato y el 17% tiene consumo de riesgo (Wolf, Du, & Knopf, 2017).

Según datos del Primer Levantamiento Nacional sobre los Patrones de Consumo de Alcohol en Brasil del 2007, el 7% de los AM reportó consumir alcohol diariamente, el 8% 1 o 4 veces por semana, el 10% 1 a 3 veces por mes, el 8% consume menos de una vez al mes y el 68% consume menos de 1 vez al año o nunca consumieron alcohol (Secretaria Nacional Antidrogas [SENAD, 2007])y según datos de la última Encuesta Nacional de Salud de Brasil del 2013, el 14.2% de los AM de 60 años o más consumen alcohol (Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística [IBGE, 2014]). En México el 23% de los AM consume alcohol y el 2.8% tienen diagnóstico de alcoholismo (Mendoza-Meléndez et al., 2015).

En los AM el alcohol es metabolizado y eliminado más lentamente por lo cual permanece más tiempo en el torrente sanguíneo, se reduce la tolerancia del organismo al alcohol y se experimentan los efectos con mayor rapidez. Además, su consumo excesivo (la ingesta excesiva de alcohol en el hombre de más de tres bebidas y en la mujer de más de dos bebidas alcohólicas por ocasión de consumo) puede agravar los problemas de salud como la diabetes, la hipertensión, la insuficiencia cardiaca, aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular, problemas del hígado, deterioro cognitivo y trastornos del estado de ánimo, así mismo se ha observado que otro de los problema de salud pública que ha crecido en los últimos años en la población AM es el consumo de drogas médicas, el cual es asociado a graves consecuencias y a menudo no es reconocido (NIAAA, 2017; Porter, 2012; Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMSHA, por sus siglas en inglés], 2012).

Las drogas médicas más utilizadas son los opioides, depresores del sistema nervioso central, los estimulantes y los anticonvulsivantes, estas son utilizadas para

disminuir el dolor, para trastornos de ansiedad y del sueño y para mejorar los estados emocionales, además de ser prescritas en dosis y tiempos determinados (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2012-2016). A pesar de ello, se ha observado que, ante el desconocimiento de las consecuencias de estas, el AM puede seguir haciendo uso de estas drogas en cantidades mayores o por periodos más largos de lo que se pretendía, al considerarse inofensivas dado que fueron en un momento prescritas por el médico (SAMHSA, 2012; Tapia, Cravioto, Borges, & Rosa, 1996).

El uso prolongado de estas drogas puede llevar a la aparición de sus efectos adversos como depresión respiratoria, ritmo cardíaco irregular, insuficiencia cardíaca, disminución del rendimiento psicomotor, el deterioro del tiempo de reacción, disminución de la función cognitiva, la pérdida de la coordinación, ataxia, y amnesia, depresión grave que conduce a intentos de suicidio, fracturas de cadera por caídas, además de conducir a la tolerancia, a la aparición de síntomas de abstinencia, a la dependencia, la adicción y por último a la muerte (Enthoven et al., 2014; NIDA, 2012-2016; SAMHSA, 2012).

El consumo de drogas médicas con y sin prescripción está en aumento en los AM, casi el 25% consume sustancias psicoactivas prescritas que tienen el potencial de causar dependencia, se estima que en las personas que nacieron entre 1946-1964, aumentará el consumo de estas sustancias de 2.8 millones a 5.7 millones para el 2020 ya que este grupo estuvo más expuesto al consumo de sustancias lícitas o ilícitas en su juventud (Diniz et al., 2017; SAMHSA, 2015; Schonfeld et al., 2010). Con relación al abuso de analgésicos narcóticos (opioides) por el AM es poco frecuente a menos que en su juventud los hubiese utilizado; sin embargo, estos representan un problema de salud dado que entre el 2 y 3% de los AM reciben prescripción médica y la mayoría de estas drogas provocan dependencia (Hill & Chapman, 1989; Jinks & Raschko, 1990; Ray, Thapa, & Shorr, 1993).

En México según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en la población de adultos de 35 a 65 años de edad, el 0.2% de los hombres y el 0.1% de las mujeres consumieron drogas médicas en el último año; las más consumidas fueron los tranquilizantes con un 0.2% y los estimulantes con un 0.1%; no obstante, nuevamente en esta última encuesta nacional no se incluyen a los AM (INSP, 2017).

Según datos del estudio longitudinal australiano del envejecimiento la práctica de la mezcla de distintas drogas médicas de prescripción esta práctica se observó en más de un tercio de los AM, esto es 7 veces más frecuente entre las edades de 70 a 79 años. Además, los AM a menudo son atendidos por varios médicos y el 42% no informa de las drogas médicas que utiliza (Chui, Stone, & Holden, 2017; Conn, 1992; Cox-Curry, 2009; Goh et al., 2009; Schmiedl et al., 2014).

Otro fenómeno observado en relación con el consumo de drogas médicas por parte de los AM, es que estos pueden hacer uso de estas drogas sin que exista una prescripción, consumirlas en conjunto con fármacos comunes para el tratamiento de enfermedades no transmisibles u otros padecimientos de salud o en conjunto con medicamentos de venta libre, además consumirse en conjunto con el alcohol, que puede conducir a interacciones farmacológicas (Mendoza-Meléndez et al., 2015; NIDA, 2012; Schonfeld et al., 2010).

Las interacciones farmacológicas modifican el efecto de una droga médica por la acción de otra sustancia como el alcohol cuando se consumen conjuntamente. La interacción puede incrementar (tipo sinérgico) o disminuir (tipo antagonista) los efectos de la droga médica y el alcohol; dicha combinación puede producir efectos adversos como aumento del riesgo de sobredosis, el fracaso terapéutico, arritmias, cambios en la presión sanguínea, pérdida del control motor, letargo, mareos, desmayos, daño hepático, derrame cerebral, depresión respiratoria, intoxicación y la muerte (Hussar, 2018; NIAAA, 2014).

Según el SAMHSA (2015) se estima que la combinación de drogas médicas y alcohol se observa hasta de un 19% de los AM estadounidenses, el 2.7% de los AM alemanes combinan el alcohol y las drogas médicas diariamente y el 2.4% consumen drogas médicas y analgésicos diariamente y tienen un consumo de alcohol de riesgo (Wolf et al., 2017). Es probable que la interacción entre el alcohol y las drogas médicas sea más riesgosa en un AM debido a la disminución de los procesos metabólicos y de eliminación, lo cual puede resultar en el aumento de los efectos del alcohol, alterar el metabolismo de las drogas médicas, interferir con su eficacia y exacerbar los efectos secundarios y retrasar la disminución de los efectos adversos de dicha combinación (Moore, Witheman, & Ward, 2007; SAMSHA, 1998).

Los costos del abuso de sustancias en Estados Unidos demandan más de 740 millones de dólares anuales en atención médica, de los cuales 27 millones se destinan al cuidado de la salud por el consumo de alcohol y 26 millones para la atención de quienes abusan de las drogas médicas. En México durante el 2009 se destinaron 76.12 millones de dólares para la atención de personas con problemas de fármaco dependencia (Godínez, Ominami, Burns, Ahumada, & Vidal 2013; NIDA, 2017).

Aún y que se reconozca el problema del consumo de alcohol y drogas médicas, este fenómeno está subestimado en México debido al conocimiento insuficiente de este problema en el AM, a los escasos estudios sobre consumo de alcohol y drogas médicas en AM, incluso se ha identificado que las encuestas nacionales no incluyen a este grupo de edad y los datos se limitan hasta los 65 años. Por lo anterior los investigadores del área de adicción a las drogas señalan la importancia de abordar esta temática e identificar la magnitud y consecuencias que podrían afectar el bienestar en el AM, por lo que se considera que existe un vacío de conocimiento de este fenómeno por lo que este estudio podría aportar a la ciencia de enfermería conocimiento útil para derivar en el futuro nuevos estudios enfocados a intervenciones controladas que reduzcan el consumo

combinado de alcohol y drogas médicas (Diniz et al., 2017; Guimaraes et al., 2014; Mendoza-Meléndez et al., 2015; SAMSHA, 2012; Searby, Maude, & McGrath, 2015).

El estudio de este fenómeno podría ser abordado desde el Modelo de Autotrascendencia (Reed, 2018) que señala que es posible que los EEV se conviertan en un factor de riesgo e influyan de forma negativa en el bienestar del individuo, por lo que propone que la vulnerabilidad (EEV) se relaciona con la autotrascendencia y que esta podría influir en el bienestar al expandir las fronteras del individuo y la orientación hacia perspectivas y propósitos de vida más amplios. La autotrascendencia ha demostrado poder ayudar al individuo a confrontar los EEV aun en situaciones críticas de la vida; además de ayudar a explicar cómo las personas se organizan para afrontar las circunstancias antes señaladas e identificar que estrategias y herramientas son útiles para mantener el bienestar (Reed, 2018).

También es importante mencionar que esta teoría ha sido utilizada en AM mexicanos que asistían a centros gerontológicos (Guerrero & Lara, 2017), AM estadounidenses (McCarthy, Ling, & Carini, 2013), AM japoneses hospitalizados (Hoshi, 2008), en AM suecos (Norberg et al., 2015) y AM con deterioro cognitivo (Trivedi, Subramanyam, Kamath, & Pinto, 2016); así mismo, ha sido utilizada en el fenómeno del consumo y no consumo de alcohol en población de adultos jóvenes colombianos (Díaz & Muñoz, 2016), para explicar la vulnerabilidad, autotrascendencia y bienestar (sobriedad) en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación de México (Rodríguez-Puente & Alonso-Castillo, 2016) y en adultos con cáncer (Guerrero, Serrano, Ramsés, & Loyo, 2016).

Por su parte Reed (2018) ha estudiado la autotrascendencia transpersonal como la espiritualidad, concepto que ha captado la atención de científicos durante las últimas décadas sobre todo en la sociedad occidental; además diversas disciplinas como la enfermería, la medicina y la psicología han examinado el concepto y sus efectos sobre la

salud y el bienestar (Díaz & Muñoz, 2013; George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000; Musick, Traphagan, Koenig, & Larson, 2000; Seybold & Hill, 2001).

Se ha documentado que la espiritualidad amortigua el impacto de los EEV, tiene un efecto en los hábitos saludables, limita el consumo de alcohol y tabaco y puede ser un predictor y factor de recuperación del consumo abusivo de estas sustancias, además de incrementar el sentido de bienestar psicológico, social y físico (Damianakis & Marziali, 2012; Díaz & Muñoz, 2016; Jackson & Bergeman, 2011; Rivera-Ledesma & Montero-López, 2005; Ulvoas-Moal, 2010).

De igual manera Reed (1986, 1987, 1989, 1991a, 1991b, Reed, 2018) menciona que existen factores personales y contextuales que influyen en la relación entre la vulnerabilidad y la autotrascendencia y entre la autotrascendencia y el bienestar; uno de los factores que presentan influencia para el consumo de alcohol y drogas médicas puede ser la edad, aunque el consumo de alcohol tiende a disminuir con los años un número significativo de AM exceden los límites recomendados (Choi, & DiNitto, 2011b; Shaw, Krause, Liang, & McGeever, 2011). Se espera que el problema del consumo excesivo de drogas médicas se incremente a medida que la población envejece, debido a las tasas históricas elevadas de consumo de alcohol, así como la accesibilidad de drogas médicas y la oportunidad de su consumo (Sacco et al., 2014).

En relación con el sexo los patrones de consumo de alcohol varían, la literatura revela que las mujeres AM son más propensas a abstenerse o a beber menos alcohol que los hombres, esto se explica debido al rechazo social del consumo de alcohol por parte del sexo femenino y por lo tanto tienden a presentar menos problemas con el alcohol en comparación con el sexo masculino (Agic et al., 2015; Choi, & DiNitto, 2011a; Sacco et al., 2014). En cuanto al consumo de drogas médicas con y sin prescripción las mujeres las consumen con mayor frecuencia, incluyendo los antidepresivos, los analgésicos y aquellos para tratar la ansiedad mientras que los hombres consumen menos las drogas médicas (Putignano et al., 2017; Sacco et al., 2014).

Un factor contextual de acuerdo con Reed (1989) que protege del consumo de sustancias es la religiosidad. La literatura indica que en los AM se relaciona con una mejor respuesta al estrés de la vida, a un aumento en la satisfacción con la vida y mejor funcionamiento cognitivo; se ha asociado con la salud y el bienestar, así mismo ayuda a los AM a recuperarse de los efectos adversos de los traumas o experiencias negativas, además se ha descrito como uno de los recursos para afrontar los EEV (Kaur & Gupta, 2013; López, Camilli, & Noriega, 2015; Shaw, Joseph, & Linley, 2005; Zimmer et al., 2016).

El bienestar es otro de los conceptos principales dentro de la teoría de la autotranscendencia desarrollada por Reed (1983, 1989, 1991b); este es un constructo complejo con diferentes dimensiones (físicas, psicológicas y sociales), las cuales están interconectadas con mutua influencia; este incluye la presencia de emociones positivas, la ausencia de emociones negativas, la satisfacción con vida, la realización y funcionamiento positivo (Brito, Forteza, Rodríguez, & Brito, 2016; Díaz, 2012; Haugan, 2014a; Haugan, Rannestad, Hammervold, Garasen, & Espnes, 2013; Rodríguez, Tabares, Jiménez, López, & Ramos, 2014; Salgado, Noa, Matos, Cardero, & Castillo, 2016).

El bienestar es considerado como un indicador importante del progreso social, es un objetivo para la mejora de los sistemas de salud y un reto para la salud pública; mantener el bienestar en edades avanzadas ha adquirido cada vez más importancia debido al aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles a medida que la población envejece, al aumento de los AM que consumen alcohol y drogas médicas con y sin prescripción, así como por el aumento en la efectividad de los tratamientos para enfermedades potencialmente mortales; esto ha conducido a un aumento de los esfuerzos para desarrollar estrategias e intervenciones para alcanzar el bienestar y obtener una mayor comprensión de los factores que lo determinan (Gao, Weaver, Fu,

Jia, & Li, 2017; Ramos, María, Hechavarría, Batista, & Cueto, 2017; Salgado et al., 2016; SAMHSA, 1998).

El bienestar puede ser influenciado por factores personales como la edad, el sexo, el estado civil, la religión, la escolaridad y el ingreso económico, así mismo por factores contextuales como la religión, las relaciones sociales y la participación en actividades sociales, las características del país (los índices de desarrollo humano) y las políticas sociales y económicas (Amit & Litwin 2010; del Pilar et al., 2017; Gao et al., 2017; Huxhold, Miche, & Schüz, 2013; Lee & Yoon, 2011; Marques, María, Serdio, & Palacios, 2014; Siedlecki, Salthouse, Oishi, & Jeswani, 2014; Torres & Flores, 2018).

Se ha documentado que el bienestar físico en los AM previene la aparición o exacerbación de las enfermedades no transmisibles, incrementa la funcionalidad, influye de forma positiva en el rendimiento cognitivo y en el desarrollo de la autonomía, así como en el estado de ánimo positivo (Bae, IkSuh, Ryu, & Heo, 2017; Far et al., 2015; Green & Polen, 2001; Haugan, Hanssen & Moksnes, 2013; Haugan et al., 2013).

El consumo sensato de alcohol tiene un papel importante de socialización en la población en general y se asocia al descanso, festividad y relajación; sin embargo, las personas que no consumen alcohol o consume de forma sensata refieren menores problemas de salud físicos (Agrawal, Lynskey, Madden, Bucholz, & Heath, 2007). Además, se reconoce que el no consumo de alcohol es una experiencia que incrementa la energía y los sentimientos de bienestar. Así mismo aquellos individuos que se abstienen de consumir alcohol durante toda su vida son reconocidos como personas que tienen claro quiénes son y lo que esperan de su vida (Patel, 2007).

La prescripción de drogas médicas es común en la población AM con el fin de disminuir las emociones negativas (miedo, ansiedad, tristeza, frustración y agobio) y para el tratamiento de los desórdenes psicológicos como insomnio, depresión y estrés producidos por los EEV, sin embargo, estas drogas deben indicarse en la dosis exacta y

en un tiempo determinado para que ayuden al AM a recuperar el bienestar (APA, 2018; National Institute on Drugs Abuse, [NIDA] 2012-2016; Piqueras et al., 2009).

Se ha observado también que el bienestar físico reduce los síntomas depresivos, influye en las actitudes positivas, reduce los estados emocionales negativos y propicia una mayor integración social, así como la reducción o el no consumo de alcohol y el consumo de drogas médicas sin prescripción; la literatura muestra relaciones positivas entre la autotrascendencia y el bienestar físico (Hernández, Gómez, & Parra, 2010; Jiménez, Núñez, & Coto, 2013; Porras-Juárez, Grajales-Alonso, Hernández-Cruz, Alonso-Castillo, & Tenahua-Quitl, 2010; Runquist & Reed, 2007; Saarni et al., 2008).

El bienestar psicológico incluye la experiencia de crecimiento y prosperidad ante los desafíos de la vida, que conlleva perseguir metas significativas, establecer y mantener relaciones saludables con otros; los AM con niveles altos de bienestar psicológico pueden hacer frente a los EEV de forma positiva, además de percibir un estilo de vida más satisfactorio y tener menor probabilidad de estar aislados. Además, se ha relacionado con un mejor rendimiento cognitivo y se ha asociado con una mejor salud física; así mismo la autotrascendencia y la espiritualidad se han relacionado de forma positiva con el bienestar psicológico (Cowlshaw, Niele, Teshuva, Browning, & Kendig 2013; García-Alandete, 2015; Haugan, Hanssen & Moksnes, 2013; Haugan et al., 2013; Jahan & Khan, 2014; Maher et al., 2017; Nogueira, 2015; Norberg et al., 2015; Runquist & Reed, 2007).

En relación con el bienestar social este se considera como la percepción del individuo sobre la calidad de sus relaciones con otras personas y sus comunidades, concibiéndose como el ajuste óptimo entre estos últimos y está centrado en las problemáticas sociales (EVE, escasa participación con grupos de amigos) que enfrenta el AM; dicho bienestar proporciona un sentido personal de identidad y tener un lugar en la sociedad, lo cual permite desarrollar relaciones sólidas y significativas; la autotrascendencia se ha relacionado de forma positiva con el bienestar físico (Ang et al.,

2017; Blanco & Díaz, 2005; Far et al., 2015; Haugan, Hanssen & Moksnes, 2013; Keyes, 1998; Rollero & De Piccoli, 2010).

Un enfoque adicional que promueve los comportamientos saludables ha sido desarrollado por Antonovsky (1987) conocido como el modelo salutogénico, en el cual el concepto central es el Sentido de Coherencia (SOC) definido como la capacidad que permite a las personas comprender, manejar y dar significado a las experiencias de la vida que podrían ser estresantes. Los adultos con un SOC alto generalmente afrontan experiencias estresantes de la vida diaria de mejor forma y permanecen más saludables que los adultos con SOC bajo los cuales suelen ser más vulnerables a diversos comportamientos de riesgo como el consumo de drogas con y sin prescripción (Koushede, Holstein, Andersen, & Holme, 2010; López, Camilli, & Noriega, 2015; Midanik, Soghikian, Ransom, & Polen, 1992).

Algunos estudios han documentado que el SOC está asociado negativamente con la percepción estrés y está positivamente asociado con el afrontamiento de los EEV. Además, se ha observado que en puntajes altos de SOC existen comportamientos saludables, así mismo aumenta la percepción de bienestar y se reduce el involucramiento con el abuso de sustancias como el alcohol y las drogas médicas. (Arévalo, Prado, & Amaro, 2008; Hernández, Ehrenzweig, & Yépez, 2010; López et al., 2015). También es importante mencionar que está creciendo la investigación sobre el SOC en el AM sugiriendo que tiene un efecto protector frente a comportamientos no saludables, además se ha estudiado en diferentes entornos, como en los habitantes de la comunidad, en los pacientes hospitalizados y en los residentes de hogares de ancianos en Japón (Boeckxstaens et al, 2016; Jueng, Tsai, & Chen, 2016; Von Humboldt & Leal, 2013).

La revisión de la literatura permitió identificar que hasta el momento son escasos los modelos o teorías de enfermería utilizadas en el fenómeno de las adicciones a las drogas con énfasis en el AM, además al utilizar un constructo (SOC) de una teoría del

campo de la psicología social (Modelo Salutogénico) o teoría prestada puede ayudar a tener una explicación más amplia y clara de un fenómeno de la enfermería al ser incluido en una de situación específica.

Para evaluar la idoneidad de una teoría prestada para ser incluida dentro de una teoría de situación específica en enfermería debe existir la explicación del vínculo entre estas, para esto se llevó a cabo un análisis de la congruencia lógica de las declaraciones filosóficas y de las visiones del mundo (Villarruel, Bishop, Simpson, Jemmott, & Fawcett, 2001). Posteriormente se utilizó la técnica de Subestructuración Teórica-Conceptual-Empírica con el fin de analizar los componentes estructurales de la Teoría de la Autotrascendencia y del constructo SOC del Modelo Salutogénico (Fawcett, 1999); por último, se utilizó la técnica de síntesis teórica con el fin de construir la teoría de situación específica (Walker & Avant, 2005).

Se espera que el conocimiento obtenido en el presente estudio aporte nuevo conocimiento sobre el fenómeno al realizar una combinación teórica de dos campos disciplinares de enfermería y psicología social. Lo anterior permitió contar con explicaciones más amplias y aportar específicamente a la ciencia de enfermería al someter a prueba tres de las proposiciones de la teoría de autotrascendencia. Por lo anterior el propósito del presente estudio fue proponer una teoría denominada Teoría de situación específica de Vulnerabilidad, Autotrascendencia, Sentido de Coherencia y Bienestar en AM que consumen y no consumen alcohol y drogas médicas.

Marco teórico

En el presente apartado se describe la teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed (1986), así mismo se introduce el constructo SOC que se deriva del Modelo Salutogénico de Aron Antonovsky (1987); dicha teoría y constructo fueron utilizados como guías del presente estudio. Además, se muestra el análisis de las declaraciones filosóficas y de la visión del mundo de ambas teorías, la vinculación que existe entre ambas y la necesidad de inclusión de un constructo de la psicología a una teoría de

enfermería; posteriormente se presenta el análisis de sus componentes estructurales a través de la técnica de Substracción Conceptual-Teórico -Empírica (C-T-E).

Teoría de la Autotrascendencia.

La teoría de la Autotrascendencia de Reed (1986; 2018) (Figura 1) es una teoría empírica de enfermería que fue construida para reconocer la naturaleza del crecimiento y desarrollo natural del ser humano y la relevancia del fenómeno del bienestar y tiene como propósito la comprensión del bienestar en el proceso del envejecimiento.

Esta teoría postula que las personas pueden encontrar recursos en sí mismas y extenderlos hacia los demás y al medio ambiente, en las diferentes etapas de su vida, con el fin de lograr y mantener el bienestar. Además, facilita la integración de los elementos de eventos complejos como vivir, la presencia de enfermedades, envejecer o morir, lo cual puede ayudar a la persona a organizar estos eventos en un sistema que le permita verlos eventos como algo significativo y de este modo alcanzar un sentido de plenitud y bienestar (Reed, 2018).

Reed (1986; 2018) propuso su teoría a partir de la teoría del ciclo vital sobre el desarrollo social cognitivo transpersonal de los adultos, que tiene sus raíces en la propuesta de Piaget, sobre la idea de que el ser humano transita a través de la vida, de un pensamiento concreto a uno abstracto denominado de operaciones formales (Coward, 2007; Díaz, 2012). Otro de los puntos esenciales para la formulación de la Teoría de Autotrascendencia fue la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers (1980), en particular sus tres principios: 1) el principio de la integralidad, que sostiene que el desarrollo humano depende de una serie de factores que son tanto humanos como contextuales, y que el conflicto que se genera entre la persona y su medio es fundamental en el progreso del desarrollo; 2) el principio de helicidad que caracteriza el desarrollo humano como innovador e impredecible y señala que el cambio es posible a través del desarrollo de la vida y 3) el principio de resonancia que señala que el

desarrollo humano si bien es impredecible tiene un patrón y un propósito (Coward, 2007; Díaz, 2012).

La teoría de la autotrascendencia se apoya en dos suposiciones principales, la primera menciona que los seres humanos se integran con el ambiente y son coextensivos con él, capaces de conocer que esta extensión puede ir más allá de las dimensiones físicas y temporales. La segunda suposición es que la autotrascendencia es un imperativo del desarrollo, es decir una característica humana que demanda expresión como muchas otras características del desarrollo como el caminar en los lactantes y el razonar en los adolescentes, este recurso es parte del ser humano y permite el desarrollo de su potencial y el logro del bienestar (Reed, 2018).

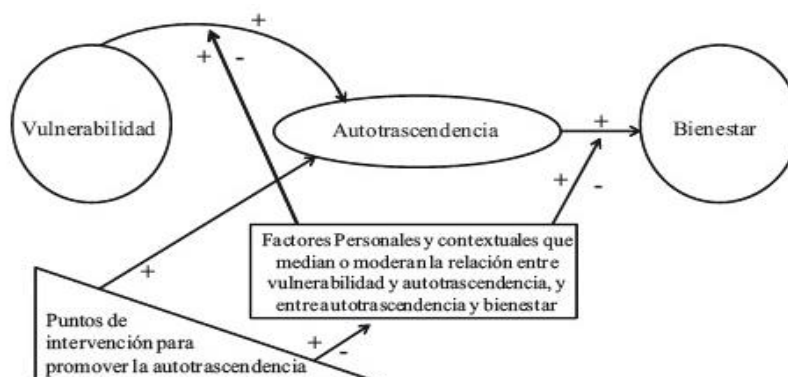


Figura 1. Teoría de la Autotrascendencia, Pamela Reed.

La Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed (1986, 2018) consta de tres conceptos principales; autotrascendencia, bienestar y vulnerabilidad. La autotrascendencia es el concepto principal de la teoría y se refiere a la capacidad de expandir los autolímites intrapersonalmente (hacia una mayor conciencia de la filosofía, valores y sueños de cada uno), interpersonalmente (para relacionarse con otros y su ambiente), temporalmente (para integrar el pasado y el futuro de manera que posean una forma que tenga sentido para el presente) y transpersonalmente (para conectar con dimensiones que van más allá del típico mundo discernible). La autotrascendencia es una característica de la madurez del desarrollo en términos de una mejor conciencia del medio ambiente y una orientación hacia amplias perspectivas de vida, se expresa

mediante varios comportamientos y perspectivas como compartir sabiduría con otros, integra los cambios del envejecimiento, el aceptar la muerte como una parte de la vida y de los eventos difíciles que experimenta y el encontrar significado espiritual a la vida (Reed, 2018).

El bienestar es el segundo concepto principal de la teoría se define como una sensación de plenitud (estar completo y ser uno mismo) y saludable, según los criterios que cada uno tenga de lo que significan plenitud y salud. Los indicadores de bienestar son tan diversos como las percepciones humanas de salud y bienestar, algunos de estos ejemplos de indicadores de bienestar incluyen satisfacción de vida, autoconcepto positivo, optimismo, felicidad y un sentido de significado en la vida, este concepto es correlativo y un resultado de la autotranscendencia (Reed, 2018).

La vulnerabilidad es otro concepto clave de la teoría y se define como la experiencia de un evento de vida que aumenta la conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal; es el contexto en el que se da lugar a la maduración o el desarrollo de la vida y se asocia a la conciencia que se adquiere durante cualquier crisis vital, como la enfermedad, la discapacidad, la pérdida y otras crisis vitales (Coward, 2007; Reed, 2018).

Además de estos conceptos, la Teoría de la Autotranscendencia, señala que existe una amplia variedad de factores personales y contextuales y sus interacciones pueden influenciar el proceso de autotranscendencia con el bienestar. Algunos de estos factores personales pueden ser la edad, sexo, la habilidad cognitiva, y el estado de salud; en los contextuales se incluyen acontecimientos históricos, las influencias sociales y la religión. Estos factores pueden moderar la relación entre la autotranscendencia y el bienestar y entre la vulnerabilidad y la autotranscendencia (Reed, 2018). Finalmente, los puntos de intervención son aquellas intervenciones de enfermería que se enfocan en apoyar el fortalecimiento de la autotranscendencia o que buscan el modelamiento del

efecto de los factores en las relaciones entre autotranscendencia, la vulnerabilidad y el bienestar; este concepto no se incluye en el presente estudio (Reed, 2018).

La Teoría de la Autotranscendencia está conformada por tres proposiciones relacionales: 1) La vulnerabilidad está relacionada con la autotranscendencia, 2) la autotranscendencia está relacionada de forma positiva con el bienestar y 3) existe una diversidad de factores personales y contextuales que pueden moderar la relación entre vulnerabilidad y la autotranscendencia y entre la autotranscendencia y el bienestar (Reed, 2018). Se considera que las tres proposiciones son de tipo relacional ya que indican un vínculo entre dos o más conceptos (Fawcett, 1999).

SOC del Modelo Salutogénico.

El SOC este es un constructo psicológico que se deriva del Modelo Salutogénico propuesto por Antonovsky en 1987. La Salutogénesis sostiene que la habilidad de afrontar situaciones estresantes es inherente a los individuos y de esta forma el mundo que les rodea tiene sentido. De esta manera el SOC puede predecir el éxito en el afrontamiento de estresores en el continuo “salud-enfermedad” y ofrece una posible solución al conflicto (Antonovsky & Sagy, 1986).

El SOC es entonces el componente central del Modelo Salutogénico de Antonovsky (1987), lo define como la capacidad personal para valorar los acontecimientos de la vida como "comprensibles", "manejables" y "lentos de significado"; en otras palabras, es la capacidad de percibir y valorar las experiencias de la vida para actuar de forma constructiva (Antonovsky, 1987). Además también se considera como una orientación global que expresa la medida en que la persona tiene un sentimiento generalizado, perdurable aunque dinámico de confianza de que los estímulos del entorno en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables, sus componentes son: la comprensibilidad o dimensión cognitiva, la manejabilidad o dimensión instrumental y la significatividad o dimensión motivacional (Forbech, Langeland & Bull, 2017; Rivera, Ramos, Moreno, & Hernán, 2011).

La comprensibilidad es la dimensión cognitiva, la cual se refiere a la medida en que el individuo percibe los estímulos internos y externos como razonables y como información ordenada, coherente, clara y estructurada más que ruido, es decir, caótica, desordenada, aleatoria, inesperada e inexplicable, se refiere a la capacidad de dar sentido a los eventos en la vida de uno, incluso si son de naturaleza devastadora (por ejemplo, el fracaso, la enfermedad o el duelo) (Eriksson & Mittelmark, 2017; Vosseler, 2012).

La manejabilidad es la dimensión instrumental o conductual y se define como el grado en que el individuo siente que cuenta con recursos a su disposición que pueden usarse para hacer frente a los estímulos que experimenta. Dichos recursos pueden ser formales los cuales incluyen, los servicios sociales y personales de atención en organizaciones públicas y privadas y los recursos informales que incluyen, la familia, el círculo de amigos, colegas y personas significativas; en otras palabras, personas en quienes se confía y en quienes se puede confiar en situaciones difíciles. Las personas con un fuerte sentido de manejabilidad no se siente víctima de los eventos adversos y creen que los estresores están bajo su control (Eriksson & Mittelmark, 2017; Vosseler, 2012).

La significación es la dimensión motivacional, que se refiere a la medida en que la persona siente que la vida tiene un significado emocional; que al menos algunos de los problemas que se enfrentan en la vida son dignos de compromiso y dedicación y son vistos más como desafíos que como cargas, para ello es necesario tener un deseo claro de resolver las dificultades y la voluntad de invertir energía para superar las experiencias estresantes que pueden causar angustia, mortificación o estrés (Eriksson & Mittelmark, 2017; Vosseler, 2012).

Análisis de las declaraciones filosóficas y la visión del mundo.

El análisis de las declaraciones filosóficas permite identificar lo que los miembros de una disciplina consideran verdadero con respecto a los fenómenos de estudio y la visión del mundo permite conocer la relación entre el ser humano y el medio

ambiente. También permite conocer hacia donde deben de dirigir los esfuerzos dichos miembros para el desarrollo del conocimiento de dichos fenómenos, las características esenciales en relación con sus acciones y prácticas y la relación que existe entre los seres humanos y el medio ambiente (Fawcett & De Santo-Madeya, 2013).

Declaraciones filosóficas y la visión del mundo de la Teoría de la Autotrascendencia.

La Teoría de la Autotrascendencia considera que la experiencia de los eventos de vida influye en el desarrollo continuo del AM, que le permite mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento. Esta teoría considera que el ser humano está en constante interacción con su medio ambiente y es capaz de desarrollar una conciencia que se extiende más allá de las dimensiones físicas y temporales; también menciona que la autotrascendencia permite tener experiencias a través de estados alterados de conciencia, pero más a menudo se encuentran en las prácticas cotidianas, que conectan en lugar de separar a una persona de sí mismo, de los demás, de Dios o un ser supremo y del entorno. Reed (2018) considera que la enfermería debe de promover el desarrollo y facilitar el bienestar de la persona en todas las etapas de la vida.

Declaraciones filosóficas y la visión del mundo del Modelo Salutogénico.

Antonovsky (1987) centró sus esfuerzos en estudiar la salud, dando origen a la orientación salutogénica la cual se centra en identificar los factores que contribuyen a que las personas mantengan y aumenten su bienestar, con el fin de romper con el paradigma biomédico en el cual la salud era entendida desde la perspectiva de riesgos y patologías. El resultado de los estudios realizados por Antonovsky (1987) fue el desarrollo del Modelo Salutogénico una teoría que podía ser empleada por el campo de la promoción de la salud, en el cual el constructo principal es el SOC (Juvinya-Canal, 2013).

Antonovsky (1987) menciona dentro de su modelo que el individuo está expuesto a factores estresantes que activan los recursos y las experiencias de vida facilitando el desarrollo del SOC, el cual le permite moderar las percepciones de salud y bienestar, por lo cual considera que el individuo está en constante interacción con su medio ambiente, lo que le permite desarrollarse y alcanzar el bienestar.

Vinculación entre la Teoría de la Autotrascendencia y el SOC.

El análisis permite concluir que la Teoría de la Autotrascendencia menciona que la experiencia de un evento de vida puede aumentar la conciencia de la mortalidad del individuo (vulnerabilidad) y que la Autotrascendencia puede influir de forma positiva en el desarrollo del bienestar; así mismo el Modelo Salutogénico explica como el estrés puede influir en la persona y como el SOC le permite seleccionar los recursos y experiencias y de esta forma contribuir a que las personas mantengan y aumenten su bienestar. Por lo anterior se considera que existe un vínculo entre ambas teorías debido a que se centran en el fenómeno del estrés, el desarrollo y logro del bienestar del individuo.

Necesidad de inclusión de un constructo de la psicología a una teoría de enfermería.

La teoría de la autotrascendencia solo permite tener una representación gráfica de cómo algunos eventos influyen en la expansión de los autolimites del individuo y como esto influye en el logro del bienestar; por lo cual se considera que el incluir un constructo del área de la Psicología dentro de esta teoría de enfermería en conjunto permitirá tener una visión más amplia de cómo el AM alcanza dicho bienestar, ya que el SOC permitirá además explicar cómo el individuo al estar expuesto a los EEV adquiere la capacidad de percibir y valorar las experiencias y como este aprende a seleccionar las mejores herramientas que le permitan afrontar dichos eventos.

Substracción Conceptual-Teórico-Empírica (C-T-E).

La técnica de Substracción C-T-E se utiliza para analizar los componentes estructurales de una teoría, la cual es usada para determinar exactamente lo que dice un Modelo Conceptual o una Teoría de Rango Medio (TRM); permite la identificación de los conceptos y las proposiciones que establece, así como la identificación de un método empírico para la investigación. El resultado de la Substracción C-T-E es una versión clara, concisa y gráfica de la estructura de los componentes de la teoría; esta técnica está compuesta por cinco pasos: 1) la identificación de conceptos, 2) la clasificación de los conceptos, 3) la identificación y clasificación de las proposiciones 4) el orden jerárquico de proposiciones y 5) la construcción del diagrama (Fawcett, 1999).

Paso 1: identificación de conceptos.

El primer paso en la Substracción C-T-E es la identificación de los conceptos (Fawcett, 1999); para el presente estudio se seleccionó la Teoría de la Autotrascendencia en virtud de que permite comprender como el individuo alcanza el bienestar en medio de situaciones difíciles como las pérdidas materiales o de seres queridos, o la aparición o el padecimiento de enfermedades que limitan la vida. La teoría está compuesta por tres conceptos principales: la Vulnerabilidad, la Autotrascendencia y el Bienestar, además contienen dos subconceptos los Factores Personales y Contextuales y los Puntos de Intervención de Enfermería. Para el presente estudio además se incluyó el concepto SOC el cual se deriva del Modelo Salutogénico, ya que permite comprender como el individuo utiliza los recursos que dispone para hacer frente al estrés y alcanzar la salud.

Paso 2: clasificación de los conceptos.

El segundo paso es la clasificación de los conceptos de la Teoría (Fawcett, 1999). Los conceptos se clasifican de acuerdo con el continuum de observabilidad de Kaplan, que indica qué tan directamente observable es un fenómeno. De acuerdo con este continuum, los EEV son considerados como un concepto observable indirecto, debido a que no es posible observarlo de manera directa, pero sí es posible

documentarlo por otros medios. Para este estudio el medio observable de aproximación a este concepto fue a través del Inventario de Estrés de la Vida de AM de Aldwin (1990).

La autotranscendencia según el continuum se considera como un constructo ya que no se observa directamente, este se crea para un propósito científico especial, posee un significado teórico intrínseco y tiene un significado empírico solo cuando se designan términos representativos, por los cuales puede ser inferido. Para este estudio el medio de aproximación a la autotranscendencia intrapersonal e interpersonal fue a través de la Escala de Autotranscendencia de Reed (1991) y la autotranscendencia transpersonal (espiritualidad) a través de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed (1986).

El bienestar (psicológico, social y físico) es considerado como un concepto observable indirecto ya que constituye un fenómeno que no puede ser observable directamente, este fue inferido mediante Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et al., 2006) y a través de la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998); así mismo el bienestar físico (consumo sensato de alcohol, así como no presentar síntomas derivados del mismo, el consumo de drogas médicas con prescripción, el no consumo de estas sustancias y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas) y el no bienestar físico (el consumo de drogas médicas sin prescripción, el consumo de alcohol riesgoso y excesivo o de abuso, la presencia de síntomas derivados del consumo de alcohol y el consumo combinado de alcohol y drogas médicas) son considerados como conceptos observables indirectos, estos fueron inferidos por medio de las preguntas del segundo apartado de la cédula de datos personales y de prevalencia de consumo de alcohol y drogas médicas y el Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica ([MAST-G], por sus siglas en inglés) desarrollado por Blow et al. (1992).

Los factores personales (edad, sexo y estado civil) se consideraron como conceptos observables indirectos, los cuales fueron inferidos a través de las preguntas

del primer aparatado de la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas y los factores contextuales (religiosidad) se consideraron como un concepto observable indirecto, que fue inferido a través del Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL) desarrollado por Koenig y Büssing (2010). Para el presente estudio no se incluyeron los puntos de intervención de enfermería.

En relación con el concepto principal del Modelo Salutogénico, el Sentido de Coherencia se consideró como un constructo que no se puede observar directamente, además de poseer un significado teórico intrínseco, así como un significado empírico al que se le designan términos representativos, este fue aproximado a través del Cuestionario de Orientación Hacia la Vida desarrollado por Antonovsky (1987).

Paso 3: identificación y clasificación de las proposiciones.

El tercer paso es la identificación y clasificación de las proposiciones de la Teoría (Fawcett, 1999). La Teoría de la Autotrascendencia está compuesta tres proposiciones relacionales.

Proposiciones relacionales.

1) La vulnerabilidad está relacionada con la autotrascendencia, 2) la autotrascendencia está relacionada de forma positiva con el bienestar y 3) existe una diversidad de factores personales y contextuales que pueden moderar la relación entre vulnerabilidad y la autotrascendencia y entre la autotrascendencia y el bienestar (Reed, 2018). Se considera que las tres proposiciones son de tipo relacional ya que indican un vínculo entre dos o más conceptos (Fawcett, 1999). Estas tres proposiciones relacionales son consideradas en el presente estudio.

Paso 4: orden jerárquico de proposiciones.

El cuarto paso es ordenar las proposiciones en conjuntos, estas pueden ser ordenadas jerárquicamente de acuerdo con su nivel de abstracción, por razonamiento inductivo o por razonamiento deductivo; para el presente estudio las proposiciones se clasificaron de acuerdo con su nivel de abstracción (Fawcett, 1999). De esta forma, las

tres proposiciones propuestas en la Teoría de Autotrascendencia (Reed, 2018), se consideran proposiciones abstractas, ya que son aplicables a fenómenos generales, por lo tanto, las proposiciones derivadas se consideran proposiciones medianamente abstractas, porque se enfocan a un fenómeno específico. Por último, las proposiciones conformadas por las variables serán operacionalizadas (hipótesis de estudio), se consideran concretas, porque enlazan con los indicadores empíricos del estudio.

Paso 5: la construcción del diagrama.

El último y quinto paso de la técnica de Substracción C-T-E descrita por Fawcett (1999), es la construcción de un diagrama de toda la estructura, la cual permite apreciar gráficamente los componentes conceptuales, teóricos y empíricos (Figura 2).

Para el presente estudio la vulnerabilidad será representada por los EEV esta variable fue medida a través de Inventario de Estrés en la Vida (Aldwin, 1990); la autotrascendencia fue representada por tres dimensiones 1) la autotrascendencia intrapersonal e 2) interpersonal las cuales fueron medidas a través de la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1991), así mismo incluirá 3) la autotrascendencia transpersonal que fue medida a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986). El bienestar fue representado por el bienestar físico, psicológico y social; para el bienestar psicológico fue utilizada la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et al., 2006) y la Escala de Bienestar Social (Keyes, 1998) para medir el bienestar social, además se utilizó la cédula de datos personales y prevalencia de consumo de alcohol y drogas, el MAST-G (Blow et al., 1992) para medir el bienestar físico.

Los factores personales fueron representados por la edad, el sexo y el estado civil, estas variables se registraron en la Cédula de Datos Personales, los factores contextuales fueron representados por la religiosidad, la cual fue medida a través el Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL) (Koenig & Büssing, 2010). En relación con el SOC fue medido con el Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987).

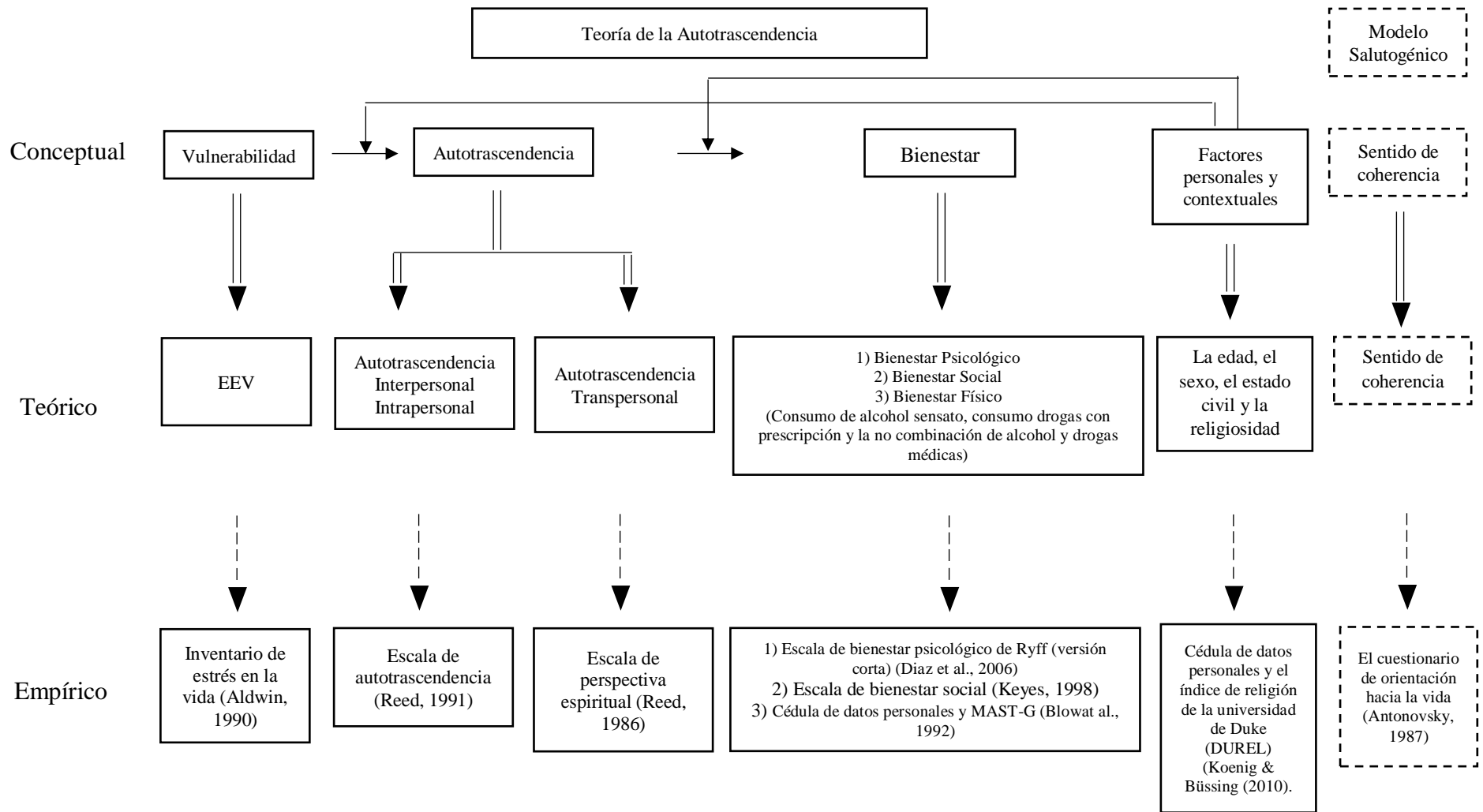


Figura 2. Substracción Conceptual-Teórico-Empírica

Síntesis Teórica

En el siguiente apartado se muestra la técnica de Síntesis Teórica, dicha técnica implica representar un fenómeno a través de un conjunto interrelacionado de conceptos y declaraciones; además, se basa en evidencia empírica y puede incorporar información de literatura de investigación publicada, información estadística directa e investigación cualitativa. La Síntesis Teórica involucra tres fases 1) Especificar los conceptos focales, 2) Identificar los factores relacionados y las relaciones y 3) Construcción de la representación integrada (Walker & Avant, 2005).

Fase 1. Especificar los conceptos focales.

Los conceptos identificados para la construcción de la Teoría de Situación Específica fueron los tres conceptos principales de la Teoría de la Autotrascendencia: la Vulnerabilidad, la autotrascendencia y el bienestar y uno de sus subconceptos: los Factores Personales y Contextuales. Además, se incluyó dentro de la teoría el constructo principal del Modelo Salutogénico: el Sentido de Coherencia.

Fase 2. Identificar los factores relacionados y las relaciones.

En base a la revisión de la literatura, a la evidencia empírica producto de los estudios de investigación y a lo propuesto por Reed (2018) en la Teoría de la Autotrascendencia las proposiciones sintetizadas para la Teoría de Situación Específica de Vulnerabilidad, Autotrascendencia, Sentido de Coherencia y Bienestar en AM Consumidores y no Consumidores de Alcohol y Drogas Médicas son las siguientes: 1) Los EEV están relacionados con la autotrascendencia (intra, inter y transpersoal [espiritualidad]) 2) la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]) está relacionada de forma positiva con el bienestar (físico, psicológico y social) y 3) existe una diversidad de factores personales (edad, sexo y estado civil) y contextuales (religiosidad) que pueden moderar la relación entre EEV y la autotrascendencia y entre la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]) y el bienestar (físico, psicológico y social). Adicionalmente se espera que de acuerdo con los planteamientos

teóricos y la evidencia empírica 4) los EEV se relacionen con el SOC y que 5) el SOC se relacione de forma positiva con el bienestar.

Fase 3. Construcción de la representación integrada.

En la Figura 3 se observa la representación integrada de la Teoría de Situación Específica de Vulnerabilidad, Autotranscendencia, Sentido de Coherencia y Bienestar en AM Consumidores y no Consumidores de Alcohol y Drogas Médicas. Este modelo fue evaluado a través de un Modelo Lineal General Multivariante.

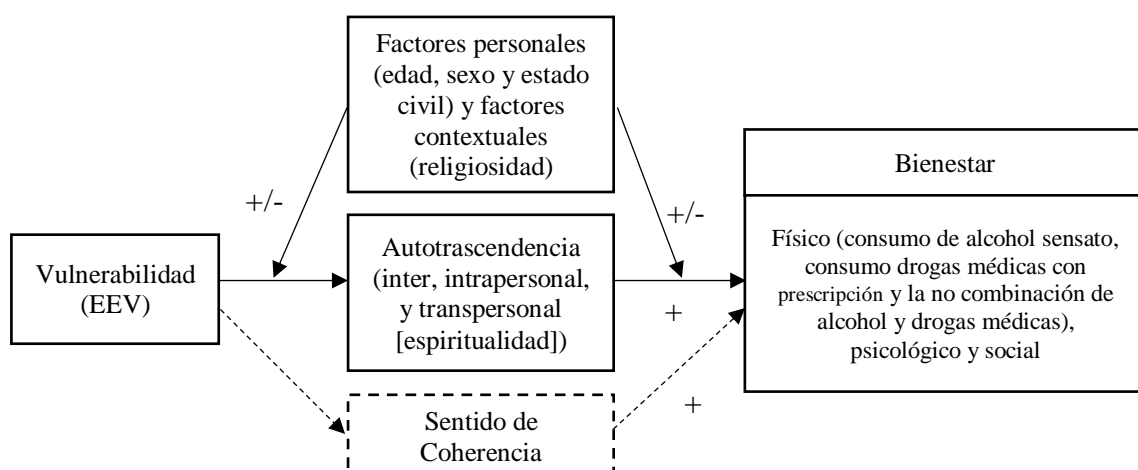


Figura 3. Teoría de Situación Específica de Vulnerabilidad, Autotranscendencia, Sentido de Coherencia y Bienestar en AM que consumen y no consumen alcohol y drogas médicas. El tercer rectángulo de en medio y las flechas con contorno discontinuo representan las posibles relaciones que pueden existir entre la EEV y el SOC y entre el SOC y el Bienestar (físico, psicológico y social) al incluirse el SOC en la Teoría de la Autotranscendencia.

Reconceptualización y definición operacional de los conceptos de la Teoría de Situación Específica

A continuación, se describen teóricamente las variables de estudio. En cada una de las variables se inicia con la definición propuesta por la TRM de la Autotranscendencia, así como del Modelo Salutogénico, posteriormente se realiza una

descripción científica de acuerdo con la revisión de literatura y por último se incluyen las nuevas definiciones conceptuales.

Vulnerabilidad.

Se define como aquellos eventos de la vida que experimenta el individuo los que aumentan la conciencia que tiene la persona sobre su naturaleza mortal, la vulnerabilidad ocurre en el contexto donde se da lugar la maduración y el desarrollo de la vida; está asociada a la conciencia que se construye durante cualquier crisis o evento vital, como la enfermedad, la discapacidad, la pérdida de un ser querido, la jubilación, dependencia a sustancias psicoactivas y otras crisis o eventos vitales estresantes (Reed, 2018).

El experimentar eventos estresantes genera un grado de reacción, preocupación, mortificación que vulnera a una persona reduciendo el bienestar y la salud (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006). Además, existe evidencia que señala que un número elevado de eventos estresantes podrían ser un factor relacionado a la dependencia del alcohol en adultos mayores (Alonso et al., 2008).

Los EEV son definidos como acontecimientos que alteran significativamente las actividades de la vida diaria de los individuos debido a la naturaleza o gravedad del evento por sí mismo, haciendo que el AM sienta más exigencia, amenazado su bienestar; entre ellos se incluyen, la viudez, el divorcio, la jubilación, los problemas económicos, el abandono y la soledad (Aldwin, 1990). Además la reacción o respuesta del AM a estos eventos es la vulnerabilidad que incrementan el sentido de mortalidad (Reed, 2018), por lo que puede provocar tristeza, depresión, ansiedad, preocupación, angustia y trastornos del sueño en AM, por ello es posible que se consuma alcohol y drogas médicas, sustancias que la literatura indica son utilizados como respuesta negativa de afrontamiento a dichos eventos vitales estresantes o bien en el caso de drogas médicas pueden ser prescritos (Chukwuorji, Nwoke, & Ebere, 2017; Villegas-

Pantoja, Alonso-Castillo, Alonso-Castillo, & Facundo, 2014; Sacco et al., 2014; Alonso et al., 2008).

Para fines de este estudio fue considerada la vulnerabilidad como la experiencia de los AM con los EEV en los últimos doce meses que pueden generar molestia, angustia, preocupación, mortificación, ansiedad o inquietud y puede propiciar el inicio o el incremento del consumo de alcohol, drogas médicas y el consumo combinado de ambas sustancias, dichos eventos fueron medidos a través del Inventario de Estrés en la Vida (Aldwin, 1990).

Autotrascendencia.

La autotrascendencia es la capacidad de expandir los autolímites personales, intrapersonalmente (hacia una mayor conciencia de la propia filosofía, valores y sueños), interpersonal (para relacionarse con los demás y el entorno) y transpersonalmente (para conectar con dimensiones más allá del mundo típicamente discernible). La autotrascendencia se expresa a través de diversos comportamientos y perspectivas, como compartir la sabiduría con los demás, integrar los cambios físicos del envejecimiento, aceptar la muerte como parte de la vida, tener interés en ayudar a los demás y aprender sobre el mundo, superar las pérdidas y encontrar significado espiritual en la vida (Reed, 2018).

La autotrascendencia permite la expansión de los autolímites del individuo que lo hace consciente de sus propias aspiraciones, principios y creencias, lo impulsa a tener equilibrio en sus relaciones con los demás o con el medio ambiente, le permite enriquecer su presente con las experiencias pasadas y ambiciones futuras. Además, permite que el individuo tenga conexión con dimensiones que no son perceptibles en el plano de lo material, es decir, una dimensión espiritual para fortalecer el desarrollo personal (Guerrero & Lara, 2017; Guerrero & Ojeda, 2015; Haugan, 2014b).

La autotrascendencia forma parte de la esencia y es inherente en cada individuo, permite que el AM confronte los EEV incluso cuando estos parecen ser insoportables,

sirve como coadyuvante en el proceso de salud-enfermedad, proporciona al individuo un propósito en la vida que lo impulsa a seguir a lo largo de esta etapa y por consiguiente, forjar en los AM una identidad, así como niveles de autoestima favorables y un cambio positivo en su comportamiento, tanto para sí mismos como hacia los demás (Guerrero & Lara, 2017; Norberg et al., 2015; Iwamoto, Yamawaki & Sato, 2011).

La literatura menciona que la autotrascendencia se ha relacionado de forma positiva con el estado de salud (Nygren et al., 2005), el bienestar general, psicológico y espiritual (Haugan et al., 2013; Norberg et al., 2015; Runquist & Reed, 2007); también ha demostrado ser predictor de la calidad de vida; así mismo se considera como una fuente de salud mental al final de la vida (Coward, 1995); se ha correlacionado negativamente con el deterioro cognitivo, el estrés, la soledad y la ansiedad (Guerrero et al., 2016; Trivedi, Subramanyam, Kamath, & Pinto, 2016; Walton, Shultz, Beck, & Walls, 1991); además coadyuva al logro del bienestar en adultos emergentes con consumo de alcohol moderado y a los dependientes de consumo de alcohol para alcanzar el bienestar (Rodríguez-Puente & Alonso-Castillo, 2016); en adultos emergentes con consumo de alcohol moderado también coadyuva al logro del bienestar (Díaz & Muñoz, 2016).

Con respecto a la autotrascendencia transpersonal como se ha mencionado anteriormente le permite al individuo establecer un vínculo con dimensiones más allá de lo observable; en este estudio se consideró a la espiritualidad como equivalente a la autotrascendencia transpersonal. Se define como la búsqueda del significado y propósito en la vida, que puede estar relacionado con una creencia en Dios o en algún poder superior (Jahan & Khan, 2014; Mukherjee, 2016).

La literatura reporta que la espiritualidad tiene un efecto positivo en la prevención y el tratamiento del consumo de drogas como el alcohol y las drogas médicas, permite a los consumidores de sustancias mantenerse en abstinencia (Díaz & Muñoz, 2016; Rahimi, Anoosheh, Ahmadi, & Foroughan, 2013). La espiritualidad se ha

asociado con un mejor funcionamiento del sistema inmune, se correlaciona negativamente con la depresión, la ansiedad y el estrés (Moon, & Kim, 2013); se ha asociado positivamente con la calidad de vida, el autoestima, la salud física y el bienestar general (Mukherjee, 2016; Jahan, & Khan, 2014; Rodríguez, Fernández, Pérez, & Noriega, 2011; Vahia et al., 2011).

Para el presente estudio la autotrascendencia fue la capacidad del AM de ampliar los autolímites intrapersonales (filosofía, valores y sueños), interpersonales (relación con los demás y con el entorno) y transpersonales (espiritualidad) para alcanzar el bienestar físico (consumo sensato de alcohol, el consumo drogas médicas con prescripción, el no consumo de estas sustancias y el no consumo combinado de alcohol y drogas medicas), psicológico y social; la autotrascendencia intrapersonal e interpersonal fue medida a través de la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1991) y la autotrascendencia transpersonal (espiritualidad) fue medida a través de Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986).

Bienestar.

Es una sensación de sentirse completo y saludable, de acuerdo con los criterios particulares para la integridad y la salud. Se refiere como un patrón básico del desarrollo, está lógicamente relacionado con experiencias positivas que promueven la salud, es un predictor, un recurso para la salud y la calidad de vida (Reed, 2018). Para este estudio, el bienestar fue descrito desde tres perspectivas: bienestar psicológico, bienestar social y bienestar físico.

El bienestar psicológico se considera como un constructo multidimensional construido a través de las actitudes ante la vida y demuestra el funcionamiento positivo de la persona (Ryff & Keyes, 1995). El bienestar psicológico incluye seis características: la autoaceptación (evaluación positiva de uno mismo y la vida pasada), el crecimiento personal (sensación de crecimiento y desarrollo continuo como persona), el propósito en la vida (la creencia de que la vida es útil y significativa), las relaciones positivas

(posesión de relaciones de calidad con los demás), el dominio ambiental (la capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante) y la autonomía (un sentido de autodeterminación) (Ryff, 1989; Ryff, & Keyes, 1995).

La literatura reporta que el bienestar psicológico se considera como un factor protector contra la salud mental disminuida, se asocia con una mejor salud física, con un menor riesgo de enfermedad coronaria; además las personas con niveles altos de bienestar psicológico pueden enfrentar de mejor manera los EEV y las experiencias negativas de la vida (Nagaraj, 2018); los AM con altos niveles de bienestar psicológico adoptan conductas que afectan positivamente su estado de salud, perciben mayor satisfacción y tienen menor probabilidad de estar aislados (Maher et al., 2017), así mismo el bienestar psicológico en los AM se ha correlacionado positivamente con el rendimiento cognitivo, el envejecimiento exitoso y la calidad de vida (Jahan & Khan, 2014). Esta variable fue medida a través de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Diaz et al., 2006).

El bienestar social es considerado como una valoración de las circunstancias y la funcionalidad dentro de la sociedad, el cual está constituido por cinco dimensiones: 1) la integración social o la evaluación de la calidad de la relación con la sociedad y la comunidad, 2) la aceptación social o la construcción de la sociedad a través del carácter y las cualidades de otras personas como una categoría generalizada, 3) la contribución social o la evaluación del valor social de uno que incluye la creencia de que uno es un miembro vital de la sociedad, con algo de valor para darle al mundo, 4) la actualización social o la creencia en la evolución de la sociedad y el sentido de que la sociedad tiene potencial que se está realizando a través de sus instituciones y ciudadanos y 5) la coherencia social considerada como la percepción de la calidad, la organización y el funcionamiento del mundo social, e incluye una preocupación por conocer el mundo (Keyes, 1998).

En relación al bienestar social la literatura reporta que éste aporta beneficios al AM como un alta autoestima, mayores sentimientos de utilidad y de autorrealización personal, una mejora en el estado de ánimo, mayor rendimiento cognitivo y funcionalidad (Ferrada, & Zavala, 2014); además se ha correlacionado negativamente con la soledad y la depresión (Warr, Butcher, & Robertson, 2004; Zubieta & Delfino, 2010); así mismo se ha correlacionado positivamente con la satisfacción con la vida, con la participación en actividades de ayuda voluntaria, la colaboración en la solución de problemas y con la confianza en los demás (Jain & Kumar, 2017). Este concepto fue medido a través de la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998).

El bienestar físico en el AM se refleja a su vez en el consumo sensato de alcohol el cual posee un papel importante en la socialización, el descanso, la festividad y la relajación y en el no consumo de alcohol el cual está asociado con menores problemas físicos y mayor bienestar; así mismo se refleja en el consumo de drogas médicas con prescripción las cuales son indicadas en el AM para el tratamiento de las emociones negativas y los desórdenes psicológicos buscando el logro del bienestar cuando se prescribe en una dosis exacta en un tiempo determinado (Agrawal et al., 2007; APA, 2018 National Institute on Drugs Abuse, [NIDA] 2012-2016; Patel, 2007; Piqueras et al., 2009).

En el presente estudio el bienestar físico fue considerado como el consumo sensato de alcohol, el consumo de drogas médicas con prescripción y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas. En relación al consumo de alcohol, como resultado del envejecimiento la grasa magra y el agua corporal disminuyen mientras la grasa aumenta; así mismo se incrementa la sensibilidad y disminuye la tolerancia a la sustancia y disminuye su metabolismo en el tracto gastrointestinal; los AM generalmente experimentan los efectos del alcohol con mayor rapidez que en una persona joven, esto los coloca en una mayor vulnerabilidad de intoxicación y la presencia de síntomas derivados del consumo (Blow et al., 1992).

Es común que en la población AM se prescriban las drogas médicas para disminuir las condiciones como el dolor, los trastornos del sueño, la ansiedad y la depresión, con el fin de obtener una sensación de bienestar físico. Sin embargo, el consumo de estas drogas por periodos de tiempo largos y sin control de la prescripción incrementa el riesgo de adicción y la pérdida del bienestar físico (NIDA, 2012; SAMSHA, 2012).

Debido a los cambios relacionados con el envejecimiento es probable que el AM experimente más problemas con cantidades relativamente pequeñas de drogas médicas debido a que existe una mayor sensibilidad, así como el metabolismo y la eliminación lenta de estas drogas; es importante mencionar que el potencial de interacciones con otras drogas médicas puede hacer que estas prácticas sean aún más peligrosas. Así mismo un gran porcentaje de AM también consume drogas médicas en conjunto con el alcohol, lo cual puede agravar los efectos adversos de estas sustancias y llegar a causar la muerte (Immonen, Valvanne, & Pitkälä, 2013; NIDA, 2012; Pringle, Heller, Ahern, Gold, & Brown, 2006; SAMSHA, 2012). El bienestar físico y el no bienestar físico fueron medidos a través de la Cédula de Datos Personales y Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas y el MAST-G desarrollado por Blowet al. (1992).

Factores personales y contextuales.

Existen una amplia variedad de factores personales y contextuales que pueden moderar la relación entre la autotrascendencia y el bienestar y la relación entre la vulnerabilidad y la autotrascendencia. Dentro de los factores personales se encuentran la edad, sexo, la habilidad cognitiva y el estado de salud; dentro de los contextuales se incluyen acontecimientos históricos, las influencias sociales y la religión o religiosidad (Reed, 2018).

En cuanto a los factores personales la literatura reporta que en relación al sexo los hombres reportan mayor consumo de alcohol y las mujeres mayor consumo de

drogas médicas como respuesta a los eventos de la vida estresantes reportados por los AM, por ello el sexo de AM puede moderar el bienestar (físico, psicológico y social) (Alonso et al., 2008; Lorencova, 2011; Najjar, Young, Leasure, Henderson, & Neighbors, 2016); en relación a la edad, el aumento de la misma se ha relacionado con una disminución en el consumo de alcohol y aumento en el consumo de drogas médicas por lo que es probable modere la vulnerabilidad y el bienestar (físico, psicológico y social) (Sacco et al., 2014); respecto a la escolaridad se reporta que a mayor grado de educación se relaciona con mayor consumo de alcohol y en cuanto al estado civil aquellos individuos divorciados o separados tienen mayor probabilidad de dependencia al alcohol (Shaw, Agahi & Krause, 2011).

Para fines de este estudio se considera a la religiosidad como un factor contextual, la literatura reporta que la religiosidad es un predictor del bienestar psicológico, la calidad de vida y la satisfacción con la vida; además la religiosidad se ha asociado negativamente con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas y es considerado como un factor protector contra el abuso de estas sustancias (Chaves et al., 2014; Gomes, Andrade, Izbicki, Moreira-Almeida, & Oliveira, 2013; Gull & Dawood, 2013; Hafeez & Rafique, 2013; Lucchetti, Peres, Lucchetti, & Koenig, 2012; Moon & Kim, 2013).

En el presente estudio se consideraron como factores personales la edad, el sexo y el estado civil, estas variables se registraron en la cédula de datos personales; la religiosidad se incluyó como factor contextual y se midió utilizando el Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL) (Koenig & Büssing, 2010).

Sentido de coherencia.

Para el presente estudio el SOC se ha incorporado a la TRM de la Autotrascendencia, con el objetivo de tener una visión más amplia de como los AM enfrentan los EEV y como estos mismos logran alcanzan el bienestar. El SOC ha sido definido como una orientación global que expresa la medida en la que el individuo tiene

un sentimiento generalizado, duradero, aunque dinámico de confianza de que los estímulos derivados de los entornos internos y externos en el transcurso de la vida son estructurados, predecibles y explicables; así mismo de que existen recursos disponibles para satisfacer las demandas planteadas por los estímulos y que estas demandas, son desafíos dignos de inversión y compromiso (Forbech, Langeland & Bull, 2017).

Antonovsky (1987) examinó los factores promotores de la salud en su Modelo Salutogénico y desarrolló el concepto de sentido de coherencia (SOC) para explicar por qué algunas personas se enferman cuando están expuestas a ciertos EEV mientras otras permanecen sanas. Los adultos con alto SOC generalmente manejan mejor los EEV diarios y se mantienen más saludables, en comparación con los adultos con SOC bajo que parecen ser más vulnerables y tienen más problemas de salud (Helvik, Engedal & Selbaek, 2014; Koushede et al., 2010; Lundman et al., 2010; Drageset et al., 2008).

La literatura reporta que los altos puntajes de SOC se asocian con una disminución en la probabilidad de consumir alcohol (Larm, Aslund, Starrin & Nilsson, 2016), un aumento en la probabilidad de percibir mejor su salud, una mayor sensación de bienestar, una mejor calidad de vida y una mejor salud física y mental (Drageset et al., 2008; Helvik et al., 2014; Lundman et al., 2010). Las personas con altos puntajes de SOC también tienen mayor probabilidad de participar en actividad física, cumplir las tareas dadas, son capaces de mantener relaciones íntimas con otras personas y afrontan con más facilidad los eventos negativos o estresantes de la vida (Andruszkiewicz et al., 2017); también se ha encontrado que el SOC está relacionado negativamente con el estrés, la ansiedad, la depresión (Lovheim, Graneheim, Jonsen, Strandberg, & Lundman, 2013) y con la disminución del consumo de analgésicos (Koushede et al., 2010).

Para el presente estudio se consideró el sentido de coherencia como una orientación global que expresa la medida en que el AM posee una sensación de confianza de que los estímulos internos y externos que experimenta poseen una estructura, son predecibles y explicables (comprensibilidad), que cuenta con recursos

disponibles para afrontar las demandas que exigen esos eventos (manejabilidad) y que estos últimos son desafíos que merecen inversión y compromiso (significatividad). Esta variable se midió a través del Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987).

Estudios relacionados

En esta sección se presentan los artículos que dan cuenta de investigaciones respecto a las variables que guiaron el presente estudio.

Consumo de Alcohol.

Mauro, Canham, Martins y Spira (2015) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de examinar la prevalencia y relación del uso frecuente de alcohol y drogas médicas u otras drogas para hacer frente al estrés utilizando los datos de 1,351 AM que participaron en un estudio de salud y jubilación en Estados Unidos del 2008 y 2010. Se reporta que el 54.47% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 67.3 años (rangos 54-99), el 60.3% estaba casado, en cuanto a la escolaridad el 53.9% tiene secundaria terminada y el 44.1% jubilado.

El 17% de los participantes reportaron uso frecuente de al menos una sustancia para hacer frente al estrés, de los cuales el 5.1% consume alcohol y el 7.5% drogas médicas. El uso de alcohol como medio de afrontamiento del estrés se asoció en AM de edades más jóvenes (50 a 59 años) ($\chi^2 = 6.57, p < 0.05$), en cuanto al uso de drogas médicas estos se destacan diferencias en el sexo femenino ($\chi^2 = 4.73, p < 0.01$), con la baja escolaridad ($\chi^2 = 8.13, p < 0.01$) y los elevados síntomas depresivos ($\chi^2 = 4.75, p < 0.001$).

Guimaraes et al. (2014) realizaron un estudio descriptivo, correlacional con el objetivo de conocer la prevalencia de consumo de alcohol e identificar los factores asociados a su consumo en 2,098 AM residentes de una de las 16 delegaciones de la Ciudad de México. Se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos y una Encuesta

sobre Consumo de Drogas Médicas. El 66.2% perteneció al sexo femenino, el 43.9% reportó estar casado y el 41.3% tenía estudios de primaria incompleta.

En relación con el alcohol el 65.3% lo había consumido alguna vez en la vida y el 32.2% en los últimos doce meses. Se realizó un Modelo de Análisis Multivariado el cual reveló que los hombres ($OR = 11.31$, $IC = 3.06-41.72$) tenían mayor probabilidad de dependencia al alcohol en comparación con las mujeres, aquellos con primaria completa ($OR = 1.69$, $IC = 0.62-4.66$) tenían mayor probabilidad de dependencia a la sustancia en comparación con aquellos con primaria incompleta y aquellos con salud percibida deficiente ($OR = 1.99$, $IC = 0.44-9.08$) tenían mayor probabilidad de dependencia en comparación con aquellos que percibieron su salud como excelente; por lo que los autores indican que pertenecer al sexo masculino, tener mayor grado de estudio y percibir la salud como deficiente podrían considerarse como factores de riesgo para la dependencia al alcohol.

Stanca, Bratu y Minca (2017) realizaron un estudio observacional transversal para determinar los patrones de consumo de alcohol adoptados por los AM rumanos y examinar la asociación con características sociodemográficas. Se utilizó la Short Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G), la Escala de depresión geriátrica (GDS) y además a los encuestados se les pidió que autoevaluaran su propio estado de salud usando una escala de tipo Likert. La mayoría de los participantes fueron mujeres (65.4%), la media de edad fue de 73.5 años (Rangos = 65 - 93), el 58.9% reportó estar casado y el 96.3% jubilado. En cuanto al consumo de alcohol el 29% de los participantes fueron abstemios, 18.7% ex bebedores, 18.7% bebedores ocasionales y 33.7% bebedores regulares, 52.4% de ellos bebedores actuales. El 14.95% admitió haber experimentado al menos un episodio de consumo excesivo de alcohol durante el último año, mientras que el 6.5% informó un consumo excesivo de alcohol en la actualidad.

En relación a los factores para el consumo de alcohol excesivo se reporta que los hombres ($OR = 21.00$, $IC = 95\%$) tuvieron mayor probabilidad de consumo excesivo de

alcohol en comparación con la mujeres, el asistir a eventos sociales en los que se consume alcohol ($OR = 4.33$, 95%) aumenta la probabilidad de consumo excesivo en comparación con aquellos que no asisten a este tipo de eventos, por lo cual los autores señalan que el pertenecer al sexo masculino, el asistir a eventos sociales donde se consume alcohol pueden ser factores de riesgo para el consumo excesivo en los AM.

Waller, McGuire y Dobson (2015) a través de una encuesta transversal en 5,311 que eran miembros de la Fuerza de Defensa australiana y civiles en mayoría AM, evaluaron en qué medida el consumo de alcohol en un grupo militar difería de la población civil y cómo el alcohol afectaba la salud y el funcionamiento social del grupo militar. Se utilizó la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) y tres subescalas de la Encuesta de Salud de Forma Corta para calcular los puntajes de salud general, función física y desempeño social de los participantes. Se reporta que de los militares que respondieron a la escala AUDIT el 44.6% perteneció al sexo femenino, el 56.6% eran mayores de 60 años, en cuanto al estado de empleo el 50.2% informo trabajar tiempo completo, el 45.5% en la reserva y el 21.4% jubilados.

En comparación con la muestra de civiles, los militares tenían menos probabilidad de ser abstemios ($OR = 0.28$, IC 95% [0.24-0.33]) y eran menos propensos a beber a un nivel excesivo o de riesgo ($OR = 0.59$, IC 95% [0.54-0.64]), pero con mayor probabilidad de beber a un bajo nivel de riesgo ($OR = 2.30$, IC 95% [2.12-2.47]). Mediante un Modelo de Regresión Logística se encontró que los militares mayores de 50 años ($OR = 1.14$ [0.84-1.55, $p = 0.40$]), los divorciados o separados ($OR = 1.95$, IC 95% [1.44-2.65]) y aquellos jubilados ($OR = 3.09$, IC 95% [2.43-3.93]) tenían mayor probabilidad de observar un consumo de alcohol dañino. En cuanto a la dependencia al alcohol, los mayores de 50 años ($OR = 1.08$, IC 95% [0.69-1.68]), divorciados o separados ($OR = 1.66$, IC 95% [1.07, 2.56]) y los jubilados ($OR = 3.91$, IC = 95% [2.82-5.43]) tenían mayor probabilidad de dependencia al alcohol.

Wolf et al. (2017) realizaron un estudio para analizar los cambios en el uso de alcohol, drogas psicotrópicas y el uso combinado de dichas sustancias utilizando los datos de dos encuestas representativas de Alemania: 1) La Encuesta Nacional de Entrevista y Examen de Salud de Alemania de 1998 con 1,606 participantes y 2) La Encuesta de Entrevista y Examen de Salud en Alemania para Adultos y AM 2008, con 2,501 participantes. En relación a la encuesta de 1998 el 53% perteneció al sexo femenino, el 24.2% reportó vivir solo, el 52.2% percibió su salud como disminuida y el 70% reportó consumir múltiples drogas médicas, para la encuesta del 2008-2011 el 53.1% eran mujeres, el 21.3% reportó vivir solo, 41.9% percibió su salud como deficiente y el 61.2 % reportó consumir múltiples drogas médicas.

En cuanto a los cambios en la prevalencia del uso de drogas médicas y el consumo de alcohol en la encuesta de 1998, el 20.5% consumía drogas médicas, el 48.8% consumía alcohol semanalmente, el 13.2% diariamente, el 58% tenía un consumo sensato, el 16.6% de riesgo y el 1.8% consumía drogas médicas y alcohol diariamente. En la encuesta del 2008 el 21.4% reportó consumir drogas médicas, el 51% consumía alcohol semanalmente, el 18.4% diariamente, el 66.9% tenía un consumo sensato, el 17.1% de riesgo y el 2.7% consumía drogas médicas y alcohol diariamente. Por lo anterior los autores concluyen que existe un aumento en el consumo de alcohol y de drogas médicas a través de tiempo en la población alemana.

Yi et al. (2016) realizaron un estudio para conocer la frecuencia y la cantidad de alcohol consumida en un día típico en AM de una comunidad de Corea, para esto se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y de consumo de alcohol. El 57.2% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 66.6 años ($DE = 7.9$), el 65.6% reportó vivir con su pareja y el 34.4% vivía solo, en cuanto a la ocupación el 82.5% se dedicaba a la agricultura, el 33.8% reportó consumir alcohol. En cuanto la frecuencia del consumo de alcohol el 9.8% mencionó consumirlo 4 o menos días al mes, el 16.4% de 2 a 6 días a la semana y el 7.5% diariamente. En cuanto a la cantidad de alcohol

consumida en un día típico el 16.8% consumía por debajo de 5 bebidas, el 11.9% de 5 a 9 bebidas y el 5.1% 10 bebidas o menos.

Tevik, et al. (2017) realizaron un estudio para conocer la prevalencia de consumo de alcohol en AM de Noruega, utilizando los datos de la Encuesta de Salud de Nord-Trondelag 2006-2008. El 57.2% perteneció al sexo femenino y el 26% reportó vivir solo. En relación con el consumo de alcohol el 28.2% de los AM de 65 años eran bebedores regulares de alcohol (1 día/semana), de los cuales el 52.3% reportaron beber una vez a la semana, el 36.4% beber de dos a tres días por semana y el 11% de cuatro y siete días por semana. Existieron diferencias de consumo de alcohol por sexo entre los bebedores regulares, con mayor proporción del sexo masculino (60.9%), en comparación con el sexo femenino (39.1%) ($p < .001$).

La síntesis de los estudios muestra que pertenecer al sexo masculino, ser mayor de 50 años, estar jubilado, divorciado o separado, tener primaria completa, salud percibida como deficiente, aumenta la probabilidad del consumo de alcohol. Aquellos individuos con dependencia al alcohol tienen mayor probabilidad de consumir drogas médicas, además se ha observado un aumento en el consumo de alcohol a través del tiempo en la población AM.

Consumo de Drogas Médicas.

Aubron, Camus, Bouazzaoui, Péliissolo y Michel (2010) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores ambientales y clínicos que se asocian con el aumento del consumo de drogas psicotrópicas en 88 AM residentes de asilos, viviendas unifamiliares e instituciones de vida asistida de Francia. Para evaluar el uso actual de drogas psicotrópicas (previas cuatro semanas) y crónicas (> 90 días) se utilizó una entrevista estructurada. El 79.5% perteneció al sexo femenino, la edad media fue de 78.1 años ($DE = 10.2$), en cuanto el estado civil el 55.7% mencionó ser viudo, el 44% de los AM residían en viviendas unifamiliares, el 33% en asilos y el 23% en instituciones de vida asistida.

En relación al consumo de drogas psicotrópicas, el 51.1% eran usuarios actuales, de los cuales el 47.7% eran usuarios crónicos, en cuanto al tipo de drogas más consumidas por los AM se encontraron las benzodiacepinas (solas) (75%) y las benzodiacepinas y antidepresivos (combinación) (12.5%). Mediante un Modelo de Regresión Logística se encontró que el deterioro funcional (EVE) ($OR = 2.83, p < .05$) y el uso de analgésicos ($OR = 1.04, p < .05$), aumentan la probabilidad del uso crónico de drogas psicotrópicas, por lo cual pueden ser considerados como factores de riesgo.

Mendoza-Meléndez et al. (2015) realizaron un estudio descriptivo, correlacional para evaluar si el consumo de alcohol y otras drogas estaba asociado con diversas variables de cuidado como la necesidad de cuidador, actividades de la vida diaria, apoyo social y familiar percibido, percepción de salud y consumo de drogas médicas, en 2,098 AM de la Ciudad de México. Se utilizó un cuestionario sobre la Evaluación del Cuidado y de la Salud para identificar si el entrevistado necesita apoyo de un cuidador, el consumo de alcohol se clasificó como abstinencia, bebedor, consumo riesgoso y abuso o dependencia al alcohol y el consumo de drogas se clasificó como drogas ilícitas y drogas médicas fuera de prescripción.

Se reporta que el 66.2% pertenencia al sexo femenino, en cuanto al estado civil el 43.9% mencionó estar casado, el 41.3% reportó tener primaria incompleta, el 84.6% no necesitó de un cuidador. El 35.2% consumía más de tres drogas médicas diferentes al día y sólo un 3% reportó haber tenido alguna reacción adversa por alguna droga médica alguna vez en su vida. Aquellos AM con abuso o dependencia al alcohol en los últimos 12 meses tenían mayor probabilidad de consumir más de 4 drogas médicas al mismo tiempo ($OR = 1.54, IC = 0.64-3.67$), de percibir su salud como disminuida ($OR = 2.79, IC = 0.71-10.96$) y de percibir un apoyo familiar disfuncional ($OR = 2.77, IC = 1.11-6.90$) en comparación con aquellos sin abuso o dependencia al alcohol.

Quevedo-Tejero, Domínguez-Sosa, Panting-Lastra y Zavala-González (2016) realizaron un estudio para evaluar la calidad de la prescripción de drogas médicas en 84 AM usuarios de un asilo en Tabasco, México. Se revisaron los expedientes clínicos para obtener los datos sociodemográficos, motivo de prescripción, número de drogas médicas y drogas médicas administradas, para evaluar la calidad de la prescripción se utilizaron criterios de las Guías de Práctica Clínica (GPC) vigentes al momento del estudio y las prescripciones se clasificaron en adecuadas, inadecuadas y no evaluables.

El 57% perteneció al sexo masculino, la media de edad fue de 78.7 años (Rangos = 60 - 97). La prevalencia de prescripción de drogas médicas entre los AM fue 41.6%. En cuanto a los principales motivos para la prescripción de drogas médicas se encontraron la depresión (22.8%), el deterioro cognitivo (20%) y enfermedad de Parkinson (17.1%). Entre los psicofármacos más frecuentemente prescritos se encontraron la memantina (Alzheimer) (27.9%), risperidona (esquizofrenia) (11.8%) y fluoxetina (depresión) (10.3%) y con relación a la calidad de las prescripciones médicas, se encontró que el 41% fueron adecuadas, 46% inadecuadas y 13% no evaluables.

Tevik et al. (2019) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia del uso de Drogas Médicas en AM de 65 años o más de Noruega, utilizando los datos de la Encuesta de Salud de Nord-Trondelag 2006-2008. El 53.3% perteneció al sexo femenino, en cuanto al nivel de educación el 83.1% contaba con educación básica, el 2.5% estudios vocacionales y generales y el 14.4% estudios universitarios; en cuanto al estado marital el 83.6% reportó vivir con su pareja y el 16% reportó vivir solo. En cuanto a la prevalencia del consumo de drogas médicas el 27.1% reportó consumirlas, de los cuales el 35.7% eran mujeres y el 16.9% hombres ($p < .001$), por lo cual se observa un mayor consumo por parte del sexo femenino.

Gerardin et al. (2014) realizaron un estudio para conocer la prevalencia de consumo de benzodiacepinas en AM de 65 años de Pays de Loire, Francia, para ello se utilizó un Cuestionario de uso de Drogas Médicas. El 77.3% perteneció al sexo

femenino, el 52.3% reportó vivir con alguien y el 47.7% vivir solo. En relación con el consumo de benzodiacepinas el 79.6% consumía una y el 20.4% más de una y las utilizadas por los AM fueron el bromazepam (29.6%), el lorazepam (22.2%), el zolpidem (15.3%), la zopiclona (15.3%) y el alprazolam (10.8%).

La síntesis de los estudios reveló que las drogas médicas más consumidas fueron las benzodiacepinas y los antidepresivos, observándose un mayor consumo por parte de AM del sexo femenino; entre los principales motivos para su prescripción se encontraron la depresión, el deterioro cognitivo y enfermedad de Parkinson. Además, el deterioro funcional, el uso de analgésicos y el abuso o dependencia al alcohol aumenta la probabilidad del consumo de drogas médicas.

Vulnerabilidad (EEV).

Alonso et al. (2008) realizaron un estudio descriptivo correlacional en 112 AM de Monterey, Nuevo León, con el objetivo de identificar las diferencias en el consumo de alcohol por sexo y estado marital y las diferencias en el consumo de drogas médicas por sexo y determinar si los EEV se asocian con el uso y abuso de alcohol y drogas médicas y conocer las percepciones sobre los EEV que han experimentado como más estresantes. Se aplicó el Inventario de Estrés de Vida de AM (ELSI, por sus siglas en inglés) (Aldwin, 1990), el Cuestionario de Valoración de Consumo de Drogas Médicas (CVCDM) y el Examen de Tamizaje de Alcoholismo Michigan-Versión geriátrica (MAST-G, por sus siglas en inglés) para medir el consumo de alcohol. Los resultados mostraron que el 59.8 % fueron de sexo femenino, la media de edad fue de 68 años ($DE = 5.81$).

Con relación al consumo de alcohol existieron diferencias significativas por sexo, los hombres reportaron mayor consumo de alcohol (62.2%) en comparación con las mujeres (31.3%) ($\chi^2 = 10.43$, $p < .001$). En cuanto al consumo de drogas médicas también existieron diferencias por sexo, las mujeres mencionaron consumir más drogas médicas (20%) en comparación con los hombres (4.4%) ($\chi^2 = 5.95$, $p = .015$). En cuanto

al estrés de la vida este solamente se relacionó positivamente con la edad de inicio de consumo de alcohol ($r = .290, p = .011$). Los EEV más frecuentes fueron los problemas de salud, problemas familiares (separaciones, divorcios, discusiones, la muerte de algún familiar y problemas de comunicación entre miembros de familia), los problemas económicos y problemas de trabajo; los autores indican la necesidad de seguir indagando estas variables en virtud del incremento de AM en la población mexicana.

Sacco et al. (2014) probaron asociaciones entre los EEV, el apoyo social y el estrés percibido en el último mes con el consumo de alcohol, en 4,360 AM, que participaron en una encuesta nacional de consumo de alcohol en Estados Unidos. Se utilizó el Cuestionario sobre Trastorno por Consumo de Alcohol y las Discapacidades Asociadas (AUDADIS-IV, por sus siglas en inglés) (Grant, Harford, Dawson, Chou, & Pickering, 1995), la Escala de Estrés Percibido (Cohen, Mermelstein, Kamarck y Hoberman, 1985), la Lista de Apoyo y Evaluación Interpersonal (Cohen et al., 1985) y la Encuesta de la Salud (SF-12) (Ware, Kosinski, & Keller, 1996).

Se reporta que el 51.1% perteneció al sexo femenino; en relación con el consumo de alcohol las mujeres presentaron niveles más bajos de consumo que los hombres (20.47% vs 28.94%, $p < .001$) respectivamente. Los EEV se asociaron con mayor probabilidad de tener un trastorno por uso de alcohol en hombres ($OR = 1.32$; $p < .01$) que en mujeres ($OR = 1.23$; $p < .05$), por lo cual estos eventos pueden ser un factor de riesgo para el consumo de esta sustancia, así mismo la edad avanzada se asoció con una disminución de la probabilidad de tener un trastorno por uso de alcohol en hombres ($OR = .95$; $p < .001$) y mujeres ($OR = .90$; $p < .01$), por lo tanto, los autores indican que el aumento de la edad puede ser considerado como un factor protector.

Shaw et al., (2011) realizaron un estudio descriptivo, correlacional con el objetivo de evaluar si los cambios en los niveles de tensión financiera (EEV) se asocian con los cambios en el consumo de alcohol entre los AM, utilizando los datos de 2,302 AM que participaron en una encuesta longitudinal que comenzó en 1992-1993 y

continuo en el 2002-2003. Se emplearon Modelos Multinivel para estimar la asociación entre aumento de la tensión financiera y las probabilidades de beber alcohol por los individuos a través del tiempo.

Los resultados mostraron que el 60.3% pertenecía al sexo femenino; al inicio del estudio los bebedores excesivos eran relativamente más jóvenes (74.0 años [$DE = 7.3$]) en comparación con los no bebedores (76.7 años ($DE = 8.2$)) y en quienes tenían más años de educación (13.7 años [$DE = 3.5$] contra los que tenían menos años de escolaridad 12.1 años [$DE = 3.6$]). Uno de los modelos sugirió que los efectos de la tensión financiera (EEV) sobre las probabilidades de beber varían según el género ($b = 0.243$, $p < .001$) y educación ($b = -0.226$, $p = .010$). Las estimaciones de este modelo se utilizaron para calcular el riesgo relativo entre la tensión financiera y el consumo de alcohol por género y años de educación, se reporta que dichas variables incrementan la probabilidad del consumo de alcohol en el sexo masculino ($OR = 1.31$, $p < .001$) y en aquellos con bajos niveles de educación ($OR = 1.27$, $p < .001$).

Lim et al. (2015) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo conocer los EEV más frecuentes en AM de China. Se utilizó un Inventario de Eventos de Vida (Michael et al., 2009). El 58.2% de los participantes perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 72.1 años ($DE = 5.8$), la media de los años de educación fue de 4.1 años ($DE = 3.98$) y el 56.1% reportó estar casado. Los EEV más reportados por los AM fueron la muerte o enfermedad grave de algún miembro de la familia o un amigo cercano (17.1%), los problemas financieros (14%) y la hospitalización o visita a la sala de emergencias (9.9%), los autores concluyen mencionando que los estudios futuros deben continuar estudiando el efecto de los EEV en los AM.

Pinheiro, Koller y Novo (2011) realizaron un estudio descriptivo transversal para identificar los EEV más experimentados en 111 adultos de 56 a 85 años de Brasil. Se

utilizó el Inventario de Estrés en la Vida (Aldwin, 1990). Se reporta que el 86% perteneció al sexo femenino, la medida de edad fue de 68.6 años ($DE = 6.5$), el 40.5% reportó estar viudo. Los EEV más reportados por los AM fueron el deterioro cognitivo (48%), el deterioro de la salud de un miembro de la familia (44%), la muerte de un amigo (41%), la muerte de un familiar cercano (35%) y lesiones o enfermedades personales graves (34%), los autores hacen énfasis del riesgo potencial de los EEV para disminuir el bienestar en los AM.

Rubio, Dumitrache, Cordon-Pozo, & Rubio-Herrera (2016) realizaron un estudio en 243 AM de una comunidad de Granada, España, para identificar los diferentes EEV experimentado en el último mes; para ello se utilizó la primera parte del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano et al., 2007). El 67.4% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 71.9 años ($DE = 8.6$), con respecto al estado civil el 51.9% estaban casados o tenían pareja, el 31.3% viudos, el 10.7% eran solteros y el 6.2% Con respecto a la escolaridad el 4.5% eran analfabetos, el 50.6% tenían estudios elementales, el 12.3% educación secundaria, el 18.5% preparatoria y el 18.5% eran graduados universitarios. Los EEV experimentados con mayor frecuencia por los AM fueron los problemas de salud (44.9%), los problemas familiares (35.8%), los conflictos entre familiares (18.1%) y la muerte del esposo(a) (16.9%).

La síntesis de los estudios señala que los EEV más frecuentes en los AM fueron la muerte de algún familiar o ser querido, los problemas de salud, la hospitalización, problemas o conflictos familiares (separaciones, divorcios, discusiones, la muerte de algún familiar y problemas de comunicación entre miembros de familia), los problemas económicos o financieros y problemas de trabajo; además la tensión financiera (EEV) aumenta la probabilidad del consumo de alcohol, el deterioro funcional (EEV) y consumo crónico de drogas psicotrópicas.

Vulnerabilidad (EEV) y autotrascendencia.

Guerrero et al. (2016) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de determinar la relación entre la autotranscendencia, ansiedad y depresión en 140 pacientes con cáncer en tratamiento de cuatro centros de salud de Venezuela. Se utilizó la Escala de Autotranscendencia (Reed, 1986), la Escala de Ansiedad Manifiesta para Adultos (Reynolds, Richmond & Lowe, 2010) la cual está compuesta por tres subescalas: 1) inquietud/hipersensibilidad, 2) ansiedad fisiológica, y 3) preocupaciones sociales y estrés y la Escala de Autoevaluación para la Depresión (Zung, 1965).

El 57.7% eran mujeres, la media de edad fue de 47.14 años ($DE = 4.83$), el 55% reportó utilizar quimioterapia como tratamiento para el cáncer. En cuanto a la relación entre ansiedad y autotranscendencia, no se encontró relación significativa; sin embargo, se reporta una relación negativa entre la autotranscendencia y la subescala de preocupaciones sociales y estrés de la Escala de Ansiedad ($r = -.23$, $p < .01$) por lo cual a mayores niveles de autotranscendencia es menor la preocupación social y el estrés en las personas con cáncer.

Trivedi et al. (2016) realizaron un estudio para determinar la relación entre el deterioro cognitivo considerado como EEV por los autores y la autotranscendencia en 120 AM que acudieron a una clínica de psiquiatría en Mumbai, India, se utilizó la Escala de Autotranscendencia (Reed, 1986) y el Examen del Estado Mental de Saint Louis y los Criterios de la Academia Estadounidense de Neurología para determinar el deterioro cognitivo. El 52.5% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 67.28 años, el 55% reportó estar casado, el 37.5% empleado. Se reporta una correlación positiva entre el deterioro cognitivo (EEV) y la autotranscendencia ($r = 0.22$, $p = .05$).

Kim (2015) realizó un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de conocer la relación entre la autotranscendencia y la soledad (considerada como EEV por los autores) en 171 AM de 65 años o más de Corea, Japón. Se utilizó la Escala de Autotranscendencia (Reed, 1986) y la Escala de Soledad (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). El 62.4% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 72.6 años

($DE = 6.8$), el 63.7% mencionó estar casado. Se reporta una correlación negativa entre la autotrascendencia y la soledad ($r = -0.56, p < .001$).

Kim y Lee (2013) realizaron un estudio descriptivo correlacional para identificar la relación entre la autotrascendencia, la ansiedad ante la muerte (EEV) en 243 AM de un hospital geriátrico de Corea, Japón. Se utilizó una la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1986) y la Escala de Ansiedad Hacia la Muerte (Templer, 1970). El 78.2% perteneció al sexo femenino, en relación con la escolaridad el 44% reportó haber concluido la primaria, el 49% estaba casado, el 35% mencionó vivir con su pareja. Se reporta una correlación negativa entre la autotrascendencia y la ansiedad ante la muerte (EEV) ($r = -0.21, p = .001$).

La síntesis de la literatura mostró que la autotrascendencia se ha relacionado de forma negativa con el estrés, la soledad y la ansiedad, así mismo se el deterioro cognitivo (EEV) se ha relacionado de forma positiva con la autotrascendencia.

Vulnerabilidad (EEV) y autotrascendencia transpersonal (espiritualidad).

Sharma et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la asociación entre religión/espiritualidad (R/S) la salud mental y resultados funcionales en una muestra de 3,157 veteranos estadounidenses, utilizando los datos de un estudio nacional de salud y resiliencia en Veteranos; se crearon tres grupos para los análisis aquellos con bajo R/S, con moderado R/S y Alto R/S". Los resultados muestran que la media de edad fue de 60.4 años ($DE = 15.3$), el 57.4% fueron AM de 60 años, el 90.6% perteneció al sexo masculino, el 75.4% estaba casado, el 40.7% trabajaba y el 43.5% estaba jubilado.

Se utilizó un Análisis de Regresión Logística para examinar la relación entre los grupos de R/S y algunas variables psiquiátricas, el cual mostró que la probabilidad de tener depresión mayor durante la vida ($OR = 0.6, p < 0.05$), la ideación suicida actual 37% ($OR = 0.6, p < 0.05$) y el consumo de alcohol actual de riesgo ($OR = 0.7, p < 0.05$) fueron menores en el grupo R/S moderado vs grupo R/S bajo, por lo cual los autores

indican que la R/S pueden ser un factor protector para la depresión, el suicidio y del consumo de alcohol de riesgo. Las probabilidades de tener trastorno de estrés postraumático ($OR = 0.30, p < 0.05$), depresión mayor ($OR = 0.46, p < 0.05$) y trastornos por consumo de alcohol durante la vida ($OR = 0.2, p < .001$) fueron menores en el grupo R / S alto que en el grupo R / S bajo.

Udhayakumary Ilango (2012) realizaron un estudio descriptivo, correlacional con los objetivos de conocer la influencia de la espiritualidad en la reducción de los niveles de estrés y la mejora del bienestar entre los AM, evaluar el nivel de estrés y bienestar entre los AM y conocer la asociación entre la espiritualidad y el estrés y la ansiedad en 30 AM practicantes de meditación espiritual de la ciudad de Tiruchirappalli, Tamil Nadu, India. Se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Lovibond & Lovibond, 1995) y la Escala de Bienestar Espiritual (Paloutzian & Ellison, 1982).

Se reporta que el 73% de los AM pertenecieron al sexo masculino, el 63% de los que practicaban la espiritualidad estaban en el grupo de edad de (61 a 65 años), el 53% de los AM tenían un nivel alto de creencias espirituales, el 50% reportó tener problemas de salud. Con respecto al nivel de bienestar espiritual entre los AM el 53% tenía un nivel alto de bienestar espiritual general. Al evaluar el nivel de estrés entre los AM se encontró que el 90% que practicaban la espiritualidad tenía niveles normales de estrés y solo el 3% tenía un nivel de estrés severo. También se reporta una correlación negativa entre el bienestar espiritual con el estrés ($r = -.157, p = .01$) y con la ansiedad ($r = -.242, p = .01$).

King et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre las creencias espirituales y el consumo de drogas médicas de prescripción en 170 pacientes adultos y AM con cáncer de Londres. Se utilizó la Escala de Creencias y Valores (King et al., 2006) para evaluar la espiritualidad y un inventario de medicamentos para conocer el consumo de cada participante. El 62% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 62.2 años ($DE = 13.8$), el 42% reportó estar casado o

vivir con pareja, el 68% está jubilado, el tipo de cáncer más reportado fue el de pulmón con un 21%. Se reporta que aquellos participantes con puntuaciones más altas en la Escala de Creencias y Valores (espiritualidad) tenían menor probabilidad de consumir de drogas médicas ($OR = 0.91$, $IC = 95\%$).

Whitehead yBergeman (2011) realizaron un estudio para conocer la relación entre las experiencias espirituales diarias y el estrés percibido en 244 AM de Notre Dame, París, entre las edades de 55 a 80 años. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (Cohen &Williamson, 1988) y la Escala de Experiencias Espirituales Diarias (Underwood & Teresi, 2002). El 63% de los participantes fueron mujeres, el 45% están casados, el 23% son viudos, el 23% están divorciados o separados, y el 9% son solteros y el 97% mencionó haber concluido la secundaria. Se reporta una correlación negativa entre las experiencias espirituales diarias y el estrés percibido en los AM ($r = -.18$, $p < .01$).

Delgado (2007) realizó un estudio con el objetivo de identificar la relación entre la espiritualidad y el estrés en adultos que viven con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en 181 adultos de 30 a 87 años de Ohio, Estados Unidos. Se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos, la Escala de Trascendencia Espiritual (Piamonte, 2002) y la Escala de Estrés Percibido (Cohen et al., 1983). El 53.6% perteneció al sexo masculino, el 61.8% tenía entre 60 y 79 años y el 10% eran mayores de 80 años, el 66.3% reportó estar casado, el 93.7% se identificó como cristiano, la media de los años con EPOC fue de 7.8 años (Rangos = 9 – 33). Se reporta una correlación negativa entre la espiritualidad y el estrés ($r = - 0.30$, $p < .05$).

La síntesis la literatura muestra que las personas con alta espiritualidad tienen menor probabilidad de consumir alcohol y drogas médicas, también se ha correlacionado negativamente con el estrés.

Vulnerabilidad (EEV) y SOC.

Larm et al. (2016) realizaron un estudio correlacional para examinar si el capital social (apoyo social, la confianza en los vecindarios, la confianza en las instituciones sociales, y pertenencia a una organización) y el SOC están asociados con el uso peligroso de alcohol en 40,674 adultos y adultos mayores de 18 a 84 años de Suecia. Se reporta que el 54.5% pertenecieron al sexo femenino, con una media de edad de 53.8 años ($DE = 17.9$), el 29.5% había cursado estudios universitarios, el 2.6% estaba desempleado y el 25.2% reportó dificultades financieras. Se utilizó un Modelo de Regresión Logística para conocer la asociación entre las variables.

El modelo mostró que al aumentar la edad (60-84 años) tanto en varones ($OR = 0.16$, $IC = 95\%$, $0.13 - 0.21$) como en mujeres ($OR = 0.09$, $IC = 95\%$, $0.07 - 0.11$) existe menor probabilidad de tener un consumo de alcohol peligroso por lo cual la edad puede ser un factor protector. El experimentar un EEV se asoció con mayor probabilidad ($OR = 1.44$, $IC = 95\%$, $1.32 - 1.57$ vs $OR = 1.47$, $IC = 95\%$, $1.36 - 1.58$) de un consumo de alcohol peligroso en hombres y mujeres respectivamente, por lo cual estos EEV pueden considerarse como un factor de riesgo. También se reporta que el SOC alto disminuye la probabilidad de consumo de alcohol excesivo en hombres ($OR = 0.30$, $IC = 95\%$, $0.24 - 0.37$) y en las mujeres ($OR = 0.26$, $IC = 95\%$, $0.22 - 0.32$) observando mayor efecto protector en las mujeres.

Takahashi et al. (2015) realizaron un estudio para examinar la asociación entre SOC y el confinamiento en el hogar entre los AM de cuatro ciudades de Japón especialmente aquellos con incontinencia urinaria que por esta razón se quedan confinados en casa, esto se consideró como EVE por los autores. Se utilizó la Escala Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farleys, 1988), el Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987).

El 66.9% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 81.9 años ($DE = 7.3$), el 65.9% mencionó vivir con su familia, el 34.8% estaba confinadas en su hogar y el 38.4% vivía con incontinencia urinaria. Mediante un

Modelo de Regresión Logística se encontró que aquellos AM que tenían un mayor puntaje en la dimensión de significatividad de la Escala de Orientación Hacia la Vida (SOC) tenían menor probabilidad de quedarse en casa por la incontinencia urinaria en comparación con aquellos con un puntaje más bajo ($OR = 0.79$, $p < 0.05$).

Andruszkiewicz et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre el SOC y las estrategias para hacer frente al dolor en AM. Se realizaron entrevistas semiestructuradas para conocer los datos sociodemográficos y el consumo de analgésicos de los participantes, el Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987), el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento para el Dolor (Rosenstiel & Keefe, 1983), la Escala Analógica Visual para el Dolor. El 62% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 68.3 años ($DE = 6.3$), el 31.2% reportó tener secundaria terminada, la media del consumo de drogas médicas fue de 1.45 analgésicos por día ($DE = 1.0$). Se reporta una correlación negativa entre el SOC y el consumo de drogas médicas ($r = -0.25$, $p < .001$).

Sarenmalm, Browall, Persson, Fall-Dickson y Gaston-Johansson (2013) realizaron un estudio descriptivo correlacional para conocer la relación entre el SOC y los EEV en 131 mujeres posmenopáusicas diagnosticadas con cáncer de mama primario y recurrente. Se realizó una revisión de Historias Clínicas para conocer los datos personales y los antecedentes médicos de las participantes, se utilizó el Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987) e Informes Diarios de los EEV experimentados, los cuales fueron categorizados. El 57.3% de las participantes fueron diagnosticadas con cáncer primario y el 42.7% con cáncer recurrente, la media de edad fue 65 años (Rangos = 55 - 79), el 43% reportó ser soltera, divorciada o viuda y el 41% estar jubilada.

El 48.8% de las participantes completaron los registros de EEV diariamente, de los cuales surgieron 10 categorías: 1) sin EEV, 2) molestias (náuseas y vómito), 3) fatiga, 4) dolor, 5) otros síntomas, 6) angustia, 7) aislamiento, 8) controlada por el

tratamiento, 9) vida cotidiana restringida y 10) otras preocupaciones. Se reporta una correlación negativa entre el SOC y la angustia (EEV) ($r = -0.31, p \leq .01$), así como entre el SOC y las molestias (EEV) (náuseas y vómito) ($r = -0.29; p \leq .05$), por lo cual a mayor SOC menor angustia y menores molestias, además de una correlación positiva entre el SOC y la categoría de sin EEV ($r = 0.22, p \leq .05$) por lo cual a mayor SOC menores EEV experimentados.

Potier, Degryse, Henrard, Aubouy y de Saint-Hubert (2018) realizaron un estudio descriptivo correlacional para conocer la relación entre el SOC y la Carga de Cuidado del AM (EEV) en 79 AM cuidadores de AM. Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987) y la Escala ZaritBurden (Zarit et al., 1986) para medir la carga del cuidado. El 53.2% pertenecían al sexo femenino, la media de edad fue de 79.4 años ($DE = 5.3$). Se utilizó un Modelo de Regresión Logística para conocer la asociación entre las variables, dicho modelo mostró que aquellos AM con un alto puntaje de SOC ($OR = 0.18, IC = 95\%$) tenían menor probabilidad de presentar carga de cuidado (EEV).

La síntesis de la literatura muestra que el SOC se ha asociado con menor probabilidad de consumo de alcohol en AM de ambos sexos, teniendo un mayor efecto protector en las mujeres, se ha relacionado negativamente con el consumo de drogas médicas y el estrés, así como positivamente con el uso de estrategias de afrontamiento hacia los EEV, también se ha reportado que los altos puntajes de SOC ayudan a las personas con incontinencia urinaria (EEV) a evitar el confinamiento en el hogar; así mismo se reporta que aquellos AM con altos puntajes de SOC tienen menor probabilidad de presentar carga de cuidado (EEV).

Autotrascendencia y bienestar.

Guerrero y Lara (2017) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar el nivel de autotrascendencia en un grupo de 118 AM de Celaya, Guanajuato, México. Se utilizó la Escala de Autotrascendencia en español

(Reed, 1986). El 79.7% fueron mujeres, la media de edad de 73.6 años ($DE=7.1$), el 46.6% se reportaron como viudos y un 49.2% cuenta con estudios de primaria, el 94.1% reportó estar desempleado. Los resultados mostraron que la media del puntaje de la Escala de la Autotrascendencia fue 51.3 puntos ($DE = 6.7$) el cual se consideró como alto. La prueba *t* de Student mostró diferencias entre grupos, presentándose diferencias significativas entre las medias del puntaje de la escala de autotrascendencia para hombres (48.6 puntos [$DE = 9.2$]) y mujeres (52.0 puntos [$DE = 5.8$]), siendo mayor en el sexo femenino ($t = -2.24, p < 0.05$).

Runquist y Reed (2007) realizaron un estudio descriptivo y correlacional en 61 adultos de 19 a 92 años de Estados Unidos con el objetivo de examinar la importancia de la autotrascendencia, la perspectiva espiritual y las percepciones de las capacidades físicas (el estado de salud y la fatiga) en el bienestar de los adultos sin hogar. Se utilizaron la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1986), la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986), el Índice de Bienestar (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976) y dos Ítems para evaluar la salud percibida y la fatiga. El 78.3% perteneció al sexo masculino, la media de edad fue de 41.8 años ($DE = 11.1$). Los participantes reportaron tener secundaria incompleta (5%), secundaria terminada (20%), preparatoria (34%), escuela técnica (5%), universidad incompleta (28%) y con título universitario (7%).

Se reporta que la perspectiva espiritual ($r = .57, p < .001$), la autotrascendencia ($r = .68, p < .001$) y el estado de salud optimo ($r = .57, p = .001$) se relacionaron positivamente con el bienestar; por el contrario, la fatiga ($r = -.41, p = .001$) y el estado de salud disminuido ($r = -.52, p < .001$) se relacionaron negativamente con el bienestar. Un Análisis de Regresión Múltiple determinó en qué medida la autotrascendencia y el estado de salud explicaban en conjunto la varianza en el bienestar, dicho análisis reportó una $R^2 = .59$, por lo cual la autotrascendencia y estado de salud juntas explicaron el 59% de la variación en el bienestar entre los adultos sin hogar.

Norberg et al. (2015) en un estudio correlacional, prospectivo y longitudinal en 190 AM se propusieron describir las asociaciones entre la autotranscendencia y el bienestar psicológico y físico y evaluar la influencia de los eventos de vida negativos en la autotranscendencia. Se utilizó la Escala de Autotranscendencia (Reed, 1991), el Mini Examen de Estado Mental (Mini-Mental) (Folstein et al. (1975), la Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia (Lawton, 1975), la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage et al., 1983), el Índice de Barthel de actividades de la vida diaria (Mahoney & Barthel, 1965), el Índice de Katz de las actividades instrumentales de la vida diaria (Katz et al., 1963) y el Índice de eventos negativos en la vida (Lovheim et al., 2013) para evaluar las variables del estudio. Al inicio del estudio se incluyeron 190 AM. A los cuales 64.7% fueron mujeres, la media de edad fue de 88.8 años ($DE = 4.1$), después de 5 años la muestra fue de 55 AM, el 81.8% eran mujeres y la media de edad fue de 91.3 años ($DE = 2.4$).

Se utilizó la prueba t para realizar comparaciones entre los participantes el cual mostró que aquellos que se sentían solos (30.6 puntos [$DE = 4.2$]) tenían puntajes más bajos en la Escala de Autotranscendencia, en comparación con aquellos que no se sentían solos (32.2 puntos [$DE = 4.7$]), así como aquellos que no tenían a nadie con quien hablar dentro de su familia (31.6 puntos [$DE = 4.6$]) en comparación con los que si tenían con quien hablar 28.9 puntos [$DE = 3.3$]); además aquellos que usaban drogas médicas como ansiolíticos, hipnóticos y sedantes (30.3 puntos [$DE = 4.5$]) también reportaron puntajes más bajos en la Escala de Autotranscendencia en comparación con lo que no usaba estas drogas médicas (32.0 puntos [$DE = 4.4$]). Se encontró relación entre la autotranscendencia y el bienestar psicológico ($r = 0.209$, $p = .004$). Los eventos de vida negativos se asociaron con una disminución en el puntaje de la Escala de Autotranscendencia a los cinco años del estudio ($\beta = -0.267$, $p = 0.04$), estos eventos pueden influir en la disminución de la Autotranscendencia a través del tiempo.

McCarthy et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si la autotrascendencia y el afrontamiento proactivo explican una proporción significativa de la varianza en el envejecimiento exitoso (Bienestar) en 152 AM de 65 años. Se utilizó el Inventario de envejecimiento exitoso (Troutman, Nies, Small, & Bates, 2011), el Índice de satisfacción con la vida para tercera edad (Barrett & Murk, 2009), la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1991) y la Subescala de Adaptación Proactiva (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum, & Taubert, 2002). El 79% fueron mujeres, la media de edad fue de 79.58 años (Rangos = 65 - 102). La mayoría eran casados (32%) o viudos (47%), solo un 19% eran divorciados o separados y un 2% nunca se casaron, el 83% concluyó la secundaria.

Se reporta que la autotrascendencia ($r = 0.69$) y el afrontamiento proactivo ($r = 0.45$) se correlacionaron significativamente con el envejecimiento exitoso ($p = 0.05$). Mediante la prueba t de Student se encontró que las mujeres ($M = 66.3$) percibieron un envejecimiento más exitoso en comparación con los hombres ($M = 62.0$) ($t(130) = 2.25, p = .026$). Se utilizó un Moldeo de Regresión Lineal Múltiple en el cual la autotrascendencia y el afrontamiento proactivo fueron predictores del envejecimiento exitoso con una $R^2 = 0.50$, lo cual indica que ambas variables explicaron el 50% de la variabilidad en el envejecimiento exitoso ($p < .001$), en este modelo la autotrascendencia fue el único factor que contribuyó significativamente al envejecimiento exitoso ($\beta = 0.56, p < .001$).

Lee y Kim (2016) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la relación entre la autotrascendencia y la satisfacción con la vida (bienestar) en 208 AM del Área Metropolitana de Corea, Japón. Se empleó la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1991) y la Escala de Satisfacción con la Vida (Campbell, 1981). El 78.8% perteneció al sexo femenino, en relación a la edad el 31.7% tenía entre 65 y 74 años, el 48.1% entre 75 y 84 años y el 20.2% más de 80 años; el 74.5% declaró pertenecer a alguna religión, el 43.3% haber concluido la secundaria, el 50% estar casado, el 33.3% mencionó vivir con

algún compañero, el 29.3% con su esposa o sus hijos y el 26% vivir solo. Se reporta una correlación positiva entre la autotrascendencia y la satisfacción con la vida (bienestar) ($r = 0.55, p < .001$).

Haugan et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre el género, la edad, la autotrascendencia (intrapersonal e interpersonal), la interacción enfermera-paciente y el resultado del bienestar multidimensional (físico, emocional, social, funcional y espiritual) en una población de 202 AM de un asilo de Noruega. Se utilizó la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1991), la Escala de Interacción Enfermera-Paciente (Haugan & Reidunsdatter, 2013), la Escala General de Terapia del Cáncer (FACT-G) y la Escala de Bienestar Espiritual (Peterman et al. 2002). Reportan que el 72.3% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 86 años ($DE = 7.65$) y el 19% estaba casado, el 67% era viudo, el 15.5% estaba divorciado y 19% soltero.

Para responder al objetivo del estudio se realizaron Modelos de Regresión Lineal Múltiple para cada dimensión del bienestar, en los cuales el género, edad, autotrascendencia interpersonal, autotrascendencia intrapersonal e interacción enfermera-paciente fueron las variables predictoras. El primero Modelo de Regresión mostró que la interacción enfermera-paciente ($\beta = 0.19, p < .01$) fue un predictor del bienestar físico, en el segundo modelo la autotrascendencia (intrapersonal) ($\beta = 0.33, p < .001$) fue un predictor del bienestar emocional. El tercero reveló que la autotrascendencia intrapersonal ($\beta = 0.37, p < .001$) e interpersonal ($\beta = 0.21, p < .001$) y la interacción enfermera-paciente ($\beta = 0.19, p < .01$) fueron predictores del bienestar funcional o físico. La autotrascendencia intrapersonal ($\beta = 0.35, p < .001$) e interpersonal ($\beta = 0.44, p < .001$) fueron predictores del bienestar espiritual.

La síntesis de la literatura menciona que las mujeres han presentado puntajes más altos de autotrascendencia en comparación con el sexo masculino, esta se ha

relacionado de forma positiva con el envejecimiento exitoso, la satisfacción con la vida y el bienestar (social, funcional, emocional y espiritual).

Autotrascendencia transpersonal (espiritualidad) y bienestar.

Sharpnack, Quinn, Benders y Fitzpatrick (2011) realizaron un estudio descriptivo correlacional en 134 adultos de 18 años o más en una comunidad Amish (un grupo etno-religioso- protestante), en Ohio, Estados Unidos con el objetivo de examinar los niveles de autotrascendencia y bienestar espiritual y describir la relación entre estos. Se utilizó la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1986), el Índice de Bienestar Espiritual) y la subescala del esquema de vida (para conocer la forma de ver el mundo de los participantes) (Daaleman, Frey, Wallace, & Studenski, 2002). Los resultados mostraron que el 67.9% pertenecieron al sexo femenino, la media de edad fue de 47.91 años ($DE = 14.5$), el 90.2% son empleados y el 88% de los participantes estuvo casado. Se observó una correlación positiva entre la autotrascendencia y el bienestar espiritual ($r = 0.52, p = .01$), así como la autotrascendencia y la subescala de esquema de vida ($r = .47, p = .01$).

Hilton y Child (2014) se propusieron examinar la relación entre la religiosidad y la espiritualidad de los AM latinos con el bienestar, así como determinar si su religiosidad y espiritualidad son amortiguadores de la depresión en 60 AM latinos, para ellos formularon 4 hipótesis: 1) relación de la espiritualidad con el bienestar, 2) relación de la religiosidad con el bienestar. Se reporta que el 63.3% perteneció al sexo femenino, media de edad fue de 60.7 años ($DE = 10.2$), en cuanto la ocupación el 33.3% estaban jubilados, el 8.3% desempleados, el 43.3% estaban ocupados a tiempo completo y el 15.0% trabajaban a tiempo parcial.

Con relación al objetivo principal del estudio la depresión se relacionó negativamente ($r = -.31, p < .05$) con el bienestar, la religiosidad se relacionó negativamente con el bienestar ($r = -.34, p < .01$), además la espiritualidad se acercó a la

significación como influencia del bienestar ($r = 0.24, p = .06$). La espiritualidad predijo el bienestar ($\beta = .34, p = .016$) y la religiosidad predijo negativamente el bienestar ($\beta = -.43, p = .005$). Los autores señalan la necesidad de continuar estudiando el efecto de ambas variables con el bienestar.

Lee (2011) examinó el papel de la experiencia espiritual, el perdón y el apoyo religioso en el bienestar general en 143 AM de 65 años de Kansas, Estados Unidos. Se observó que el 55% pertenecieron al sexo femenino, la media de edad fue de 71.8 años (Rangos = 65- 97); en cuanto a la educación, el 19.6% de los participantes no terminaron la secundaria, mientras que el 80.4% tenía secundaria terminada, además alrededor del 39% de los encuestados vivía solo, pero el 60.8% vivían con alguna persona. Un Análisis Multivariado reveló que la experiencia espiritual predijo negativa y significativamente la ansiedad ($\beta = -4.4, p < .001$), así mismo la experiencia espiritual predijo el bienestar positivo ($\beta = .40, p < .05$) y una mayor vitalidad ($\beta = .37, p < .05$), sin embargo, el perdón y el apoyo religioso no fueron factores significativos del bienestar de los AM.

Gupta y Chadha (2014) realizaron un estudio para conocer la relación entre la espiritualidad (experiencias espirituales diarias) y el bienestar (satisfacción con la vida, la autoestima y la calidad de vida, para los autores) en 171 adultos no institucionalizados entre 49 a 89 años de Delhi, India. Se utilizó la Escala de Experiencia Espiritual Diaria (Underwood, 2006), la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) y la Escala de Vida (Chadha & Willigen, 1995) y el Cuestionario de Calidad de Vida (OMS, 1996). El 55.5% de los participantes pertenecieron al sexo masculino, se reporta que las experiencias espirituales diarias se correlacionaron positivamente con la satisfacción con la vida ($r = .22, p < 0.01$), la autoestima ($r = .38, p < 0.01$) y la calidad de vida ($r = .33, p < 0.01$).

Jahan y Khan (2014) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre las experiencias espirituales diarias (espiritualidad) y el bienestar psicológico en 200 (100 mujeres y 100 hombres) AM de 65 años de la India. El rango de edad de los participantes fue de 65 a 85 años. Se utilizó la Escala de Experiencia Espiritual Diaria (Underwood, 2006) para evaluar la espiritualidad y la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989). Se reporta una correlación positiva entre las experiencias espirituales diarias (espiritualidad) y el bienestar psicológico ($r = 0.14, p < 0.01$).

Saleem & Sajid (2015) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de conocer la relación entre la espiritualidad y el bienestar (físico, mental, social emocional y espiritual) en 100 adultos de 50 a 65 años de Aligarh, en la India. Se utilizó la Escala de Actitud de Espiritualidad (Hussain et al., 2011) y la Escala de Bienestar (Sing & Gupta, 2001) la cual está compuesta por cinco subescalas (bienestar físico, mental, social, emocional y espiritual). Se reporta una correlación positiva entre la espiritualidad y el bienestar físico ($r = .54, p < .001$), mental ($r = .59, p < .001$), social ($r = .53, p < .001$), emocional ($r = .52, p < .001$) y espiritual ($r = .45, p < .001$).

Budhiraja y Midha (2015) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre la espiritualidad y el bienestar subjetivo en 200 AM de Haryana, India. Se utilizaron Escala de Espiritualidad (Biswas & Biswas, 2007) y el Inventario de Bienestar Subjetivo (Sell & Nagpal, 1992) para abordar las variables de interés. Los resultados mostraron que la espiritualidad se relacionó de forma positiva y significativa con el bienestar subjetivo ($r = .52, p < 0.01$).

Thauvoye, Vanhooren, Vandenhoeck y Dezutter (2018) realizaron un estudio para conocer la relación entre la espiritualidad y el bienestar en 279 AM de una comunidad de Flemish, Bélgica. Se utilizó la Lista de Actitud y Participación Espiritual (Meezenbroek et al., 2012) la cual está compuesta por tres dimensiones: 1) conexión con los demás, 2) conexión con la naturaleza y 3) y conexión con lo trascendente, además se aplicó la Escala de Bienestar Mental Warwick-Edimburgo (Tennant et al., 2007).

El 55.6% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 76 años ($DE = 4.7$), en relación con el estado civil el 67.4% reportó estar casado, el 21.2% viudo, el 3.9% en unión libre, el 1.8% divorciado y el 5.4% soltero. En cuanto a la escolaridad el 31.2% mencionó haber cursado la primaria, el 34.8% secundaria y el 30% preparatoria. Los resultados mostraron correlaciones significativas entre las 3 dimensiones de espiritualidad 1) conexión con los demás ($r = .33, p < .001$), conexión con la naturaleza ($r = .17, p < .006$) y conexión con lo trascendente ($r = .30, p < .001$) con el bienestar.

La síntesis de los estudios muestra que la Autotrascendencia Transpersonal (espiritualidad) se ha relacionado con la satisfacción con la vida, la calidad de vida, la autoestima, la vitalidad y el bienestar (físico, psicológico, mental, social, emocional y espiritual).

SOC y bienestar.

Drageset et al. (2008) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de examinar la relación entre SOC y la calidad de vida (Bienestar) entre 227 AM sin deterioro cognitivo residentes de un asilo de Noruega. Se utilizó el Cuestionario de Orientación hacia la vida (Antonovsky, 1987), para evaluar el SOC y el Cuestionario de Salud SF-36 para evaluar la calidad de vida el cual está dividido en 8 subescalas: funcionamiento físico, salud general, salud mental, dolor corporal, limitación de roles relacionada con problemas físicos, limitación de roles relacionada con problemas emocionales, funcionamiento social y vitalidad.

El 72.2% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 85.4 años (Rangos: 65-102), los diagnósticos más comunes fueron los accidentes cerebrovasculares (30%), depresión (18%), insuficiencia cardíaca (17%) y diabetes (17%). Se reporta una relación positiva y significativa entre el SOC y los puntajes de la subescala del cuestionario de salud SF-36, salud mental ($r = 0.62$), salud general

($r = 0.55$), vitalidad ($r = 0.42$) y limitación de roles relacionada con problemas emocionales ($r = 0.40$) ($p = 0.05$).

Lundman et al. (2010) realizaron un estudio longitudinal para conocer la relación entre SOC y el bienestar psicológico y evaluar el valor predictivo del SOC, en 190 AM de 85 años de Suecia, se utilizó el Cuestionario de Orientación hacia la vida para evaluar el SOC (Antonovsky, 1987), la Escala de la moral del Centro de Geriatria de Filadelfia para evaluar el bienestar psicológico y los diagnósticos médicos de los participantes se obtuvieron de los registros de clínicas hospitalarias. El 63.7% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 88.8 años ($DE = 4.1$), el 82.6% reportó vivir solo, se reporta una relación positiva entre el SOC y el bienestar ($r = 0.31$, $p < .001$).

Zielinska-Wieczkowska, Ciernoczołowski, Kedziora-Kornatowska y Muszalik (2012) realizaron un estudio descriptivo correlacional para determinar la relación entre los niveles de SOC y la calidad de vida (bienestar) en 257 estudiantes de una universidad de la tercera edad en Polonia. Se utilizó una cedula de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Orientación hacia la vida (Antonovsky, 1987) y el Cuestionario de Calidad de Vida (Wolowicka y Jaracz, 2001) la cual está compuesta por tres subescalas: dominio físico, dominio mental, interacciones sociales y dominio ambiental.

El 92.2% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 64.54 años ($DE = 6.0$), el 65.5% declaró tener educación secundaria, el 54.1% estaba casado y el 54.5% mencionó que tener buena salud. Se reporta que existió relación entre el SOC y tres Cuestionarios de la Calidad de Vida (Bienestar) dominio mental ($r = 0.24$), interacciones sociales ($r = 0.26$) y en el dominio ambiental ($r = 0.29$), ($p < .001$).

Helvik et al. (2014) realizaron un estudio longitudinal con el objetivo de conocer la asociación entre el SOC y la calidad de vida (Bienestar) en AM 65 años o más sin deterioro cognitivo hospitalizados, con seguimiento de un año. Se utilizó el Cuestionario de Orientación hacia la vida para evaluar el SOC (Antonovsky, 1987), el Cuestionario

de Calidad de Vida (OMS, 1991), la Escala de Autosuficiencia Física (Lawton & Brody, 1969), la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton & Brody, 1969) y La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zigmond & Snaith 1983). El 51.5% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 77.7 años ($DE = 6.9$), el 52.7% reportó vivir solo.

Mediante Modelos de Regresión Lineal Múltiple se evaluó la asociación del SOC y los dominios de la calidad de vida al inicio del estudio y después del seguimiento, en los modelos iniciales el SOC, la funcionalidad, la depresión y la ansiedad se consideraron variables independientes y los dominios de la calidad de vida (bienestar) como variables dependientes. En el primer modelo el SOC alto ($\beta = 1.31, p < .01$), un SOC medio ($\beta = 1.76, p < .01$), una mayor funcionalidad ($\beta = -1.60, p \leq .01$) y un bajo nivel de depresión ($\beta = -1.80, p < .05$) predijeron la calidad de vida física (bienestar físico), en el segundo Modelo el SOC alto ($\beta = 0.92, p < .01$), el SOC medio ($\beta = 0.91, p < .01$), el bajo nivel de depresión ($\beta = -1.33, p \leq .01$) y el bajo nivel de ansiedad ($\beta = -0.99, p < .05$) predijeron el bienestar psicológico y en el tercero el SOC alto ($\beta = 0.77, p < .01$), un SOC medio ($\beta = 0.73, p < .01$).

Gison et al. (2014) realizaron un estudio para conocer la relación entre el SOC y el bienestar en 50 AM con enfermedad de Parkinson de Roma, Italia. Se utilizó el Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987) y el Índice de Bienestar (OMS, 1998). El 38% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 67.1 años ($DE = 9.92$), en cuanto a la escolaridad el 40% tenía preparatoria a terminada. Se reporta una correlación positiva entre el SOC y el bienestar ($r = 0.40, p < .05$).

Giglio, Rodríguez-Blázquez, de Pedro-Cuesta, & Forjaz (2015) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de conocer la relación entre el SOC y el Bienestar en 1106 AM de España. Se utilizó la Escala Corta del SOC para medir el SOC

(Lundberg & Peck, 1995) y el Índice de Bienestar Personal (International Wellbeing Group, 2006). El 56.3% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 72 ($DE = 7.8$), el 58.3% reporto estar casado y en relación con el nivel de educación el 39% menciona tener primaria terminada. Se reporta una correlación positiva entre el SOC y el Bienestar ($r = 0.49, p < .001$).

Zeidner y Aharoni-David (2015) realizaron un estudio en 106 AM (65-91 años) sobrevivientes del Holocausto Nazi de algunos países de Europa, con el objetivo de conocer la relación entre el SOC y el bienestar; para ello se utilizó la Escala de Orientación Hacia la Vida de 13 Ítems (Antonovsky, 1987) y la Subescala de Bienestar del Inventario de Salud Mental (Veit & Ware, 1983). El 54% eran mujeres, la media de edad fue de 79 años ($DE = 4.8$), el 85% de los participantes provinieron del Este de Europa (Polonia, Hungría, Rumania). El SOC se correlacionó positiva y significativamente con el Bienestar ($r = .63, p < .001$).

La síntesis de la literatura muestra que el SOC se ha relacionado con la salud mental, la salud en general, la vitalidad y el bienestar, además el SOC puede ser un predictor de la calidad de vida (Bienestar [físico y psicológico]).

Factores contextuales (religiosidad) y bienestar.

Hafeez y Rafique (2013) en un estudio descriptivo correlacional exploraron si la espiritualidad y la religiosidad son predictores del bienestar psicológico en 60 AM musulmanes de (30 mujeres y 30 hombres) residentes de hogares antiguos, en la ciudad Lahore, Pakistán. Se utilizó la Escala de Orientación Religiosa, la Escala de Transcendencia de Espiritualidad y la Escala de Bienestar Psicológico. Se reporta que la media de edad para los hombres fue de 73.8 años ($DE = 7.2$), el 80% estaban casados, el 100% perteneció a la religión islámica y para las mujeres la media de edad fue de 67.0 años ($DE = 7.05$), el 73.3 estaban casadas, el 96.7% identificaron el islam como religión y el 3.3% el cristianismo.

Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para encontrar los predictores del bienestar en el cual la espiritualidad, la religiosidad y las variables sociodemográficas (sexo, educación y años de vivir en residencia de AM, ingresos mensuales y estado civil) se agregaron como variables independientes, el análisis mostró que la religiosidad fue el predictor significativo del bienestar psicológico ($\beta = -.50, p < 0.05$).

Moon y Kim (2013) realizaron un estudio con para conocer el efecto de la religiosidad y la espiritualidad en la calidad de vida (Bienestar) en 274 AM de la ciudad de Chuncheon, Korea del Sur. Se utilizaron la Escala Geriátrica de Calidad de Vida-Demencia (Asociación Coreana de Psiquiatría Geriátrica, 2003) y el Índice de Religión de Duke (Koenig et al., 1997) compuesta por 3 dimensiones: 1) La actividad religiosa organizacional (ORA, asistencia a reuniones religiosas), la actividad religiosa no organizacional (NORA, actividades religiosas como orar) y la religiosidad intrínseca (IR, búsqueda de internalización) en las cuales a un menor puntaje mayor religiosidad.

El 82.1% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 76.7 años ($DE = 6.18$), el 71.5% informó pertenecer a una religión de los cuales el 33.2% eran protestantes, el 22.4% católicos, el 17.5% budistas y el 4.7% pertenecía a otra religión. Se reporta que la religiosidad y la espiritualidad se correlacionaron negativamente con la calidad de vida en sus tres subescalas (ORA; $r = -0.179, p < .01$; NORA, $r = -0.134, p < .05$; IR, $r = -0.227, p < .001$). Mediante un Análisis Univariado se informa que religiosidad intrínseca (IR) ($\beta = -.227, p < .001$) fue predictor de la calidad de vida (bienestar) en los AM.

Gull y Dawood (2013) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de conocer la relación entre religiosidad y bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y estado de ánimo) entre 100 AM institucionalizados de Lahore, Pakistán. Se utilizó el Índice de Religiosidad (Farooq, 1997) y el Inventario de bienestar (Delbart, 1998), el cual está compuesto por dos subescalas la Escala de Satisfacción con la Vida y

la Escala de nivel de humor. El 64% perteneció al sexo masculino, la media de edad fue de 69.29 años ($DE = 10$), el 43.8% de los hombres y el 61.1% de las mujeres reportaron estar viudo.

Se reporta una correlación positiva y significativa entre la religiosidad y la subescala de Satisfacción con la Vida del índice de bienestar ($r = .27, p = .005$).

Mediante un Análisis de Regresión se encontró que la religiosidad fue predictora de la satisfacción con la vida(bienestar) ($\beta = .27, p = .005$), sin embargo, la religiosidad no fue predictor del estado de ánimo en los participantes, por lo cual los autores mencionan la necesidad de seguir estudiando estas variables para conocer si la religiosidad modera estas relaciones.

Meisenhelder (2003) realizaron un estudio descriptivo correlacional para conocer la relación entre la religiosidad y la salud funcional o bienestar físico y bienestar psicológico o salud mental de los AM de 65 años y conocer las diferencias de género. Se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 y un cuestionario de tres preguntas para evaluar la religiosidad (frecuencia de oración, importancia de la fe y grado de afrontamiento religioso) en los participantes. El 49.8% perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 75.1 años ($DE = 7.0$), la media de los años de estudio fu de 13.8 años ($DE = 2.2$); el 50.1% fueron hombres, la media de edad para este grupo fue de 73.8 años ($DE = 6.0$), la media de los años de estudio fu de 14.5 años ($DE = 2.8$).

Se reporta que la frecuencia de la oración se correlacionó significativamente con el bienestar psicológico en el sexo masculino ($r = .20, p = .021$). En el sexo femenino la importancia de la fe se correlacionó ($r = .28, p = .001$) y el afrontamiento religioso ($r = .21, p = .013$) se relacionaron positivamente con el bienestar psicológico.

Chaves et al. (2014) realizaron un estudio para identificar la relación entre la religiosidad y la calidad de vida (bienestar) en 287 AM de Minas Gerais, Brasil. Se utilizó la Escala de Calidad de Vida (Flanagan, 1970) y para medir la religiosidad se empleó el Índice de Religión de Duke (Koenig et al., 1997) compuesta por 3

dimensiones: 1) La actividad religiosa organizacional (ORA, asistencia a reuniones religiosas), la actividad religiosa no organizacional (NORA, actividades religiosas como orar) y la religiosidad intrínseca (IR, búsqueda de internalización). El 60% de los participantes pertenecieron al sexo femenino, la media de edad fue de 72 años ($DE = 8$), el 76% mencionó haber concluido la primaria, el 56% estaba casado. Se reporta una correlación positiva entre la dimensión ORA y la calidad de vida ($r = 0.27, p < .001$), así como entre la dimensión RI y calidad de vida (bienestar) ($r = 0.25, p < .001$).

La síntesis de la literatura muestra que la religiosidad puede ser un predictor de bienestar psicológico, además ha sido relacionada con la calidad de vida, con la satisfacción con la vida y con el bienestar psicológico en los AM.

Definición de términos

Edad: Fueron los años cumplidos del AM en el momento de la aplicación de la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas.

Sexo: Se refiere a la característica biológica que diferencia al hombre de la mujer AM y se consideró como masculino o femenino.

Estado civil: es la condición marital del AM clasificado como soltero, casado, unión libre, divorciado y viudo.

Escolaridad: Es el número de años de estudio reportados por el AM, además fueron clasificados como primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, estudios técnicos, preparatoria, licenciatura y posgrado.

Ocupación: Es la actividad remunerada o no remunerada realizada por el AM clasificada como empleado, autoempleado, jubilado, en el hogar y otros.

Religión: Se definió como la creencia religiosa reportada por el AM categorizada como católico, cristiano, testigo de Jehová, otras religiones y ninguna.

Entre las variables mencionadas anteriormente la edad, el sexo y el estado civil son parte de los objetivos e hipótesis, sin embargo, la ocupación, la escolaridad y religión solo se incluyeron para caracterizar a la muestra de estudio y fueron registradas con la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas.

Religiosidad: Es la búsqueda del AM de la presencia de Dios o un ser superior a través de las prácticas y actividades religiosas en base a la religión que profesa. Esta variable fue medida a través del Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL) (Koenig & Büssing, 2010).

Eventos estresantes de la vida: Son los sucesos, hechos o acontecimientos que puedan generar molestia, angustia, preocupación, mortificación, o inquietud en el AM ocurridos en los últimos 12 meses y entre ellos se encuentran la Pérdida de la funcionalidad, la presencia de enfermedades no transmisibles, la pérdida de seres queridos, el abandono, la falta de apoyo social o la jubilación. Esta variable fue medida con el Inventario de Estrés de Vida de AM (Aldwin, 1990).

Autotrascendencia: Es la capacidad del AM de reconocer y aceptar sus autolímites intrapersonales e interpersonales, que le permite compartir sabiduría, ayudará a otros y dejarse ayudar, fue medida con la Escala de Autotrascendencia de Pamela Reed (1991).

Autotrascendencia Transpersonal (Espiritualidad): Se consideró como la fuerza que se genera por las creencias espirituales del AM, que le permiten tener un vínculo consigo mismo, con los demás, con el entorno y con un ser supremo, dándole un sentimiento de paz, seguridad, búsqueda, afrontamiento, esperanza y significado, que sirve como guía para la toma de decisiones y como respuesta a preguntas sobre el significado de la vida; esta variable fue medida a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986).

Sentido de Coherencia: Se definió como la sensación de confianza del AM de que los eventos de la vida que experimenta pueden ser precedidos y explicados, que cuenta con recursos suficientes para afrontarlos y que dichos eventos son desafíos que merecen inversión y compromiso. Esta variable fue medida a través del Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987).

Bienestar psicológico: Es la perspectiva individual de tener un funcionamiento mental y emocional positivo del AM el cual se muestra en la autoaceptación, las relaciones positivas con otras personas, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal. Fue medida a través de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión corta) (Díaz et al., 2004).

Bienestar social: Es la perspectiva individual que tiene el AM sobre el propio desempeño en la sociedad, evidenciado a través de la integración, la contribución y la actualización, la aceptación y la coherencia social, la cual fue medida a través de la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998).

Bienestar físico: Fue considerado como el consumo de drogas médicas con prescripción médica, el consumo de forma sensata (1 bebida alcohólica en el sexo masculino y femenino por ocasión de consumo) para lo que se requiere conocer primeramente el consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, último mes y última semana. Además, se consideró la no combinación de alcohol y drogas médicas, estas variables fueron medidas con la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas y el MAST-G desarrollado por Blow et al. (1992).

Consumo de drogas médicas: Se consideró la frecuencia (prevalencia), cantidad y tipo de drogas médicas consumidas por el AM (benzodiacepinas, depresores del sistema nervioso, estimulantes y analgésicos opioides). La prevalencia del consumo fue medida en alguna vez en la vida, el último año, último mes y última semana, la cantidad fue medida a través del número de tabletas, cápsulas o comprimidos que consume el

AM en un día y una semana. Esta variable se evaluó utilizando la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas.

Objetivos específicos.

1. Identificar los EEV por sexo en AM.
2. Identificar las diferencias de la prevalencia global, lápsica y actual de consumo de alcohol por sexo en AM.
3. Identificar los tipos de consumo de alcohol y los tipos de drogas médicas consumidas por sexo en AM.
4. Identificar los puntajes de autotrascendencia, de espiritualidad, SOC y religiosidad por sexo en AM.

Hipótesis:

1. Los EEV están asociados con la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.
2. A mayor autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.
3. Los EEV están asociados con el SOC en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.
4. A mayor SOC mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.
5. La edad, el sexo, el estado civil y la religiosidad moderan la relación entre los EEV y la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y en la relación entre la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y el bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.

Objetivo General

Determinar la capacidad explicativa de la Teoría de Situación Especifica de Vulnerabilidad, Autotrascendencia y SOC y su influencia en el Bienestar en AM que consumen alcohol y drogas médicas.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describen los siguientes apartados: el diseño de estudio, la población, el muestreo, la muestra y los criterios de inclusión. Posteriormente se describen los instrumentos de lápiz y papel, el procedimiento para la selección de los participantes, de recolección de datos, las consideraciones éticas y la estrategia de análisis de datos.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio con diseño descriptivo correlacional, predictivo y de comprobación de modelo, debido a que el propósito del estudio es probar la Teoría de Situación Específica de Vulnerabilidad (EEV), Autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]), SOC y su influencia en el Bienestar (físico, psicológico y social) en AM que consumen alcohol y drogas médicas, para el cual se han identificado un número relevante de variables, así como todas las vías de expresión de sus relaciones existentes (Burns & Grove, 2012); en dicha teoría las variables predicen el bienestar en los AM.

Población, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por AM de ambos sexos de los municipios de Santa Catarina, Apodaca y Guadalupe, Nuevo León, México. El muestreo fue probabilístico aleatorio estratificado ya que se incluyeron a aquellos AM que asistían a las parroquias que pertenecen a la Zona Pastoral V (San Pedro-Santa Catarina) de la Arquidiócesis de Monterrey y aquellos que asistían a los Centros del AM del Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y fueron seleccionados a través de listas proporcionadas por las instituciones. El tamaño de la muestra se calculó con el programan Query Advisor 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede, & Fotheringham, 2010), bajo los siguientes criterios: un nivel de significancia del .05, un nivel de confianza de 95% con poder del 90%, con un coeficiente de determinación de .09, calculado para un

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 10 variables. Los estratos fueron 14 y se asignaron de forma proporcional al tamaño de cada estrato para una muestra total de 251 AM (Apéndice A).

Criterios de inclusión

Se incluyeron a aquellos AM de 60 años y más ubicados en tiempo, espacio y persona, para verificar esto el entrevistador realizó las siguientes preguntas ¿Qué día es hoy?, ¿Cómo se llama? y ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la colonia? Además se aplicó la versión en español del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE) de Pfeiffer, desarrollado por Martínez (2001) (Apéndice B) el cual está compuesto por diez reactivos, dicho cuestionario tiene el objetivo principal de detectar un posible deterioro cognitivo; además evalúa la memoria de corto plazo, orientación sobre los hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo sencillo matemático seriado; además aquellos AM con la capacidad de leer y escribir debían tener un máximo de dos errores en la prueba Pfeiffer y en los analfabetos que se incluyeron estos debían tener un máximo de tres errores en la prueba, para ser incluidos en el estudio.

Instrumentos de lápiz y papel

En este apartado se describen los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas y ocho instrumentos los cuales fueron: 1) el Inventario de Estrés en la Vida (Aldwin, 1990), 2) la Escala de Autotrascendencia (Reed, 1991), 3) la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986), 4) la Escala de Orientación Hacia la Vida (Antonovsky, 1987), 5) el MAST-G (Blow, 1992), 6) la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión corta) (Diaz et al., 2006), 7) la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998) y 8) el Índice de Religión de la Universidad de Duke (Koenig & Büsing, 2010).

La Cédula de Datos Personales y Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas (Apéndice C) incluye dos apartados: el primero contiene

datos personales (edad, sexo, escolaridad, religión, estado civil y ocupación) y el segundo está conformado por tres secciones, la primera incluye dos preguntas acerca de la edad de inicio del consumo y la frecuencia y cantidad de consumo de bebidas alcohólicas.

La segunda sección está conformada por cinco preguntas acerca del consumo de drogas médicas con prescripción y sin prescripción, se incluye la cantidad (dosis) y el tipo de drogas consumidas en un día y en una semana, la forma de obtener estas, así como el consumo combinado de drogas médicas con el alcohol en un día típico. En la tercera sección se informa acerca de las prevalencias (alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana) del consumo de alcohol y drogas médicas.

El primer instrumento que se utilizó fue el inventario de estrés en la vida de AM (Elders Life Stress Inventory, [ELSI, por sus siglas en inglés], Apéndice D), el cual está compuesto por 31 preguntas o eventos de la vida, elaborado por Aldwin (1990) para una población de AM de California, Estados Unidos. Este instrumento tiene como objetivo medir el estrés a través de los eventos de la vida que experimenta el AM en los últimos doce meses como la muerte de familiares o seres queridos, la presencia de enfermedades, la jubilación, el divorcio o el cambio de domicilio, entre otros.

Dicho instrumento tiene un patrón de respuesta de 5 cinco opciones que van de 0 a 5, donde 0 indica que “No ocurrió el evento”, 1 que “Nada fue estresante”, 2 “Poco estresante”, 3 “Medianamente estresante”, 4 “Bastante Estresante” y 5 “Extremadamente Estresante”. En puntaje mínimo que se puede obtener es 0 y el puntaje máximo es 155; los puntajes más altos indican mayor estrés en la vida, mientras que los puntajes más bajos indican menor estrés en la vida.

El ELSI fue utilizado por Welte & Mirand (1995) en un estudio en AM de 60 años o más en Nueva York, Estados Unidos, el cual obtuvo una consistencia interna de 0.76. Segal, Levenson, y Coolidge (2008) lo utilizaron en una población de AM de Colorado, Estados Unidos, el cual obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.75, así mismo

Laganà y Prilutsky (2016) lo emplearon en 111 mujeres AM de California, Estados Unidos y obtuvo un Alpha de Cronbach de .76. Alonso et al., (2008) realizaron la traducción al español y la validación de contenido con expertos del inventario en población AM de Monterrey, Nuevo León; se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.68.

El segundo instrumento que se utilizó fue la Escala de Autotrascendencia (Apéndice E) diseñada por Reed (1991), con el propósito de medir como el individuo expande sus límites personales de diferentes formas. El instrumento consta de 15 reactivos con una escala de tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van de 1 a 4, donde 1 indica “No, para nada”, 2 “Muy poco”, 3 “Algo” y 4 “Mucho”. El puntaje total varía entre 15 y 60, en el cual altos puntajes en la escala indican mayor autotrascendencia y bajos puntajes indican menor autotrascendencia.

La confiabilidad fue determinada en el estudio realizado por Reed (1991) en AM en 55 AM de Estados Unidos, el cual obtuvo un Alpha de Cronbach fue de 0.80. Díaz & Muñoz (2013) realizaron el proceso de validez de apariencia para la versión en español a través de 3 expertos y 9 adultos emergentes. El porcentaje de acuerdo de los 12 participantes fue: en claridad (85.2%), precisión (87.26%) y comprensión (85.6%) y para el instrumento en total fue de 86.0%. En relación con la validez de contenido se realizó en base a los datos proporcionados por los expertos en el tema; en el cual todos los ítems fueron aceptables, puesto que la razón de validez de cada uno fue mayor a 0.58, para la escala el índice global de validez de contenido fue de 0.97 y además obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.85.

Pena-Gayo, González-Chordá, Cervera-Gasch, & Mena-Tudela (2018) realizaron la traducción al español y la validez de constructo en 116 adultos, la prueba de esfericidad de Bartlett alcanzó un resultado significativo ($\chi^2 = 359.625$, $gl = 1.050$, $p < 0.001$), y el valor de Kaiser-Meyer-Olkin un resultado de 0.720. Guerrero y Lara (2017) utilizaron este instrumento en AM de Celaya, Guanajuato, México, donde se obtuvo un Alpha de Cronbach de .80.

Para medir la Autotrascendencia Transpersonal (Espiritualidad) se utilizó la Escala de Perspectiva Espiritual desarrollado por Reed (1986) (Apéndice F); la cual mide el conocimiento de sí mismo y el sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o la existencia de un propósito supremo; se basa en la conceptualización de la espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos donde se aumenta la conciencia de la mortalidad.

Este instrumento está compuesto de 10 enunciados, dividido en dos subescalas; la primer subescala es denominada “Prácticas Espirituales” conformada por cuatro preguntas (de la 1 a la 4) que se califican en un rango de 1 a 6, estas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca, 2) Menos de una vez al año, 3) Más o menos una vez al año, 4) Mas o menos una vez al mes, 5) Mas o menos una vez a la semana y 6) Más o menos una vez al día. La segunda subescala es denominada “Creencias Espirituales” Conformada por seis preguntas (de la 5 a la 10) estas son respondidas de la siguiente manera: 1) Extremadamente en desacuerdo, 2) Desacuerdo, 3) En desacuerdo más que en acuerdo, 4) De acuerdo más que en desacuerdo, 5) De acuerdo y 6) Extremadamente de acuerdo. El puntaje total de la primera subescala es 24 puntos y para la segunda 36 puntos; el puntaje total de 60 en el cual a mayor puntaje mayor espiritualidad.

Reed (1987) en un estudio realizado en 300 adultos de 20 a 85 años del Sureste de Estados Unidos el cual mostró un Alpha de Cronbach de .90. En el estudio realizado por Campesino, Belyea y Schwartz (2009) en población latina, la escala reportó un Alpha de Cronbach de .89. Rodríguez-Puente & Alonso-Castillo (2016) utilizaron dicho instrumento en adultos dependientes del alcohol en proceso de recuperación, la escala obtuvo un Alpha de Cronbach de .94. Castañeda-Flores y Guerrero-Castañeda (2019) realizaron la traducción al español por expertos y lo aplicaron a 51 AM y mostró un Alpha de Cronbach de 0.91.

Para medir el SOC se utilizó el Cuestionario Breve de Orientación Hacia la Vida (SOC-13), este fue desarrollado por Antonovsky (1987) el cual está basado en el Modelo Salutogénico (Apéndice G), con el propósito de evaluar la capacidad de visualizar la vida. Este cuestionario se deriva del cuestionario original de 29 reactivos desarrollado por el mismo autor, el cual refirió que la versión breve permitiría contestar en un menor tiempo y de este modo reducir la falta de respuestas.

El instrumentó está compuesto por 13 reactivos dividido en tres dimensiones; las preguntas 1, 2, 3, 7 y 10 contienen un sentido negativo haciendo necesaria la inversión de sus valores para realizar el análisis estadístico; la dimensión de significatividad está compuesta con la suma de los ítems 1, 4, 7 y 12; la manejabilidad con la suma de los ítems 3, 5, 10 y 13; y la comprensibilidad con la de los ítems 2, 6, 8, 9, y 11. El cuestionario breve de orientación hacia la vida (SOC-13) es una escala de diferencial semántico que para facilitar la comprensión de los reactivos; de acuerdo con el autor se puede agregar un patrón de respuesta de tipo Likert que van de 1 a 7 donde 1 significa “Nunca”, 2 “Casi nunca”, 3 “Raras veces”, 4 “En ocasiones”, 5 “Con frecuencia”, 6 “Casi siempre” y 7 “Siempre”.

El Cuestionario de Orientación Hacia la Vida de 13 ítems ha sido utilizado en 48 países y en 49 lenguajes diferentes alrededor del mundo, incluyendo diferentes edades, poblaciones, culturas y disciplinas. Virués-Ortega, Martínez-Martín, del Barrio y Lozano (2007) aplicaron por primera vez la escala de 13 ítems en una población de AM de 70 años o más de España, primero se realizó la traducción del cuestionario del inglés al español y del español al inglés (back translation) sucesivamente dos expertos independientes analizaron dicha traducción, además un especialista en inglés científico certificó la igualdad de las versiones original y retraducida después de mínimas modificaciones, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.80. Posteriormente realizaron la validación de constructo a través de un análisis factorial, en el cual el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin fue superior a 0.5 ($KMO = 0.8$) y la prueba de esfericidad de Bartlett

resultó significativa ($\chi^2 = 1.15$; $p < 0.001$). En el estudio realizado por Ugarte et al. (2017) lo aplicaron en 265 AM del Norte de México y mostró un Alpha de Cronbach de 0.79.

Para evaluar el Bienestar Físico se utilizó el MAST-G desarrollado Blow et al. (1992) (Apéndice H) elaborado específicamente para la población AM de Estados Unidos. Consta de 24 reactivos con un patrón de respuesta dicotómica (Si y No), tiene un punto de corte de 5 puntos, lo cual implica que un puntaje por encima de 5 significa que existe un abuso de alcohol; los puntajes se clasifican como 1) consumo en sensato (0 a 1 punto), 2) riesgoso (2 a 4 puntos) y 3) abusivo (más de 5 puntos); además se recodificó el instrumento de una variable categórica a una continua para facilitar el análisis de datos donde el resultado total es de 0 a 24, en el cual a mayor puntaje significará mayor consumo de alcohol.

Este instrumento fue utilizado en población de veteranos de Estados Unidos por Joseph, Ganzini y Atkinson (1995) y se reportó una sensibilidad del 93% y una especificidad del 65%. El MAST-G también fue utilizado por Kano, Santos, y Pillon (2014) los cuales realizaron la traducción del inglés al portugués por expertos independientes, posteriormente se solicitó la traducción inversa por un profesional nativo del habla inglesa con dominio del idioma portugués, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .78. Además, fue utilizado en México en AM de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León y obtuvo una Alpha de Cronbach de .81 (Alonso et al., 2008).

El bienestar psicológico se evaluó través de la Escala de Bienestar de Ryff que fue desarrollada por Díaz et al. (2006) (Apéndice I), tiene como objetivo evaluar la habilidad personal en relación con crecer como persona, evaluar el propósito de la vida y la sensación de definir objetivos vitales; cuenta con 29 reactivos distribuidos en seis subescalas, con opciones de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (fuerte desacuerdo) y 6 (fuerte acuerdo). En dicha escala el puntaje total varía de 1 a 174, en el cual altos puntajes indican mayor bienestar psicológico.

Las subescalas están conformadas de la siguiente forma: la Subescala de Autoaceptación reactivos 1, 7, 17, 24, la Subescala de Relaciones Positivas reactivos 2, 8, 12, 22, 25; la Subescala Autonomía, reactivos 3, 4, 9, 13, 18, 23, la Subescala Dominio del Entorno, reactivos 5, 10, 14, 19, 29, la Subescala Propósito en la Vida, reactivos 6, 6, 11, 15, 16, 20, la Subescala Crecimiento Personal, reactivos 21, 26, 27, 28. Los reactivos 2, 4, 5, 8, 9, 15, 19, 22, 23, 26 contienen un sentido negativo haciendo necesaria la inversión de sus valores para realizar el análisis estadístico.

Díaz & Muñoz (2016) realizaron la traducción al español, la cual mostró valores comprendidos de Alpha de Cronbach entre 0.71 y 0.83 en adultos emergentes de Colombia. Además, la autora realizó el proceso de validación de apariencia con tres expertos y nueve adultos emergentes del instrumento de bienestar psicológico reportó los siguientes resultados: el porcentaje de acuerdo de los 12 participantes fue: en claridad, 87.92%; precisión, 91.68%, y comprensión, 88.58%, y para el instrumento en total fue de 89.38%. Con relación a la validez de contenido para la escala el índice global fue de 0.81, además obtuvo un Alpha de Cronbach de .89. Torres y Ortiz (2014) la utilizaron en 100 AM de Tabasco, México y mostró un Alpha de Cronbach de 0.86.

Para medir la variable de bienestar social se utilizó la Escala de Bienestar Social desarrollada por Keyes, 1998 (Apéndice J) que tiene como objetivo evaluar la percepción que la persona tiene sobre aspectos del entorno social que facilitan su bienestar, consta de 25 reactivos con opción de respuesta: de 1 a 5 donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo; dividido en cinco categorías integración social, reactivos 1, 2, 3, 4, 5, aceptación social reactivos 6, 7, 8, 9, 10, 11; contribución social 12, 13, 14, 15, 16, actualización social 17, 18, 19, 20, 21 y finalmente coherencia social 22, 23, 24, 25. Para el análisis de sus puntuaciones en esta escala, se deben invertir las puntuaciones de los reactivos: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 24 y 25, posteriormente sumar los reactivos según las subdimensiones y se dividen por el número total de reactivos de esa dimensión. Además, se recodificará el puntaje de dicho

instrumento, donde el resultado total varía de 1 a 198, en el cual altos puntajes significan mayor bienestar social.

Keyes (1998) reporta una confiabilidad entre 0.73 y 0.81; en Colombia Díaz (2012) realizó el proceso de validez de apariencia con tres expertos y nueve adultos emergentes reportando el porcentaje de acuerdo de los 12 participantes fue: en claridad, 92.07%; precisión, 86%, y comprensión, 75.2%, y para el instrumento en total fue de 84.44%, para la validez de contenido se reporta que todos los ítems fueron aceptables, puesto que la razón de validez de cada uno fue mayor a 0.58, para la escala el índice global de validez de contenido fue de 0.91, además obtuvo un Alpha de Cronbach de .74. Blanco & Díaz (2005) realizaron la adaptación y traducción al español en 469 adultos y las escalas mostraron valores de Alpha de Cronbach entre 0.68 y 0.83. Hinojosa et al. (2019) la utilizaron en 135 adultos de 18 a 70 años de Tamaulipas, México y reportan un Alpha de Cronbach de 0.92, en el presente estudio fue de 0.61.

Para evaluar la religiosidad se empleó el Índice de religión de la universidad de Duke (DUREL, Apéndice J) el cual tiene por objetivo evaluar la religiosidad, desarrollado y validado por Koenig y Büssing (2010), en 455 AM del Hospital de DUKE localizado en Carolina del Norte, Estados Unidos. El instrumento está compuesto por 5 reactivos dividido en tres dimensiones: 1) la actividad religiosa organizacional (ORA), 2) la actividad religiosa no organizacional (NORA) y 3) la religiosidad intrínseca (RI).

El reactivo número uno hace referencia a la dimensión ORA que involucra actividades religiosas públicas tales como asistir a servicios religiosos o participar en otras actividades religiosas relacionadas con un grupo (grupos de oración o grupos de estudio de las Escrituras); el reactivo número dos pertenece a la dimensión NORA que consiste en actividades religiosas realizadas en privado, como la oración, el estudio de las Escrituras y la televisión o la radio religiosa y los reactivos del tres al cinco forman

parte de la dimensión RI que evalúa la búsqueda de internalización y experiencia religiosa personal.

El rango de respuesta de los reactivos varía de 1 a 5 o de 1 a 6 y las puntuaciones en las tres dimensiones (ORA, NORA y RI) pueden ser analizadas por separado o pueden sumarse en una puntuación total la cual variar de 5 a 27, en donde a mayor puntaje mayor religiosidad. En la versión en español realizada por Taylor (2013) el ítem número dos está codificado de forma inversa.

Storch et al. (2004) lo utilizaron en 862 estudiantes de Florida, Estados Unidos y se obtuvo un Alpha de Cronbach de .91. Reyes-Estrada, Rivera-Segarra, Ramos-Pibernus, Rosario-Hernández y Rivera-Medina (2014) utilizaron este instrumento en 169 adultos jóvenes de Puerto Rico, obtuvo un Alpha de Cronbach de .89. Taunay et al. (2012) realizaron la traducción y validación al portugués en 323 estudiantes universitarios y 102 pacientes psiquiátricos de Brasil, el cual obtuvo un Alpha de Cronbach de .89 y .87 respectivamente. Taylor (2013) realizó la traducción al español y su validación en 243 mujeres Hispanoamericanas de San Diego, Estados Unidos y se obtuvo un Alpha de Cronbach de .77.

Procedimiento de recolección de datos

Para realizar la recolección de datos se solicitó la aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Después de obtener la aprobación se realizó la solicitud por escrito para realizar la recolección de los datos a los encargados de las parroquias que pertenecen a la Zona Pastoral V (San Pedro-Santa Catarina) de la Arquidiócesis de Monterrey y al Centro del AM del DIF.

Después de haber obtenido la autorización el investigador se presentó con el encargado de cada una de las parroquias, así como con los responsables del DIF de Santa Catarina y Guadalupe para explicar el objetivo del estudio y los instrumentos a utilizar. Se solicitó una lista con los nombres de los AM, las cuales se numeraron y se

utilizó el programa Excel 2016 para su aleatorización, posteriormente se contactó a aquellos que fueron seleccionados y se les hizo la invitación a participar, en caso de aceptar se inició con la entrevista, en caso de no aceptar se le dio las gracias y se seleccionó al siguiente participante en la lista.

La recolección de los datos se inició cuando el entrevistador realizó las siguientes preguntas al AM ¿Qué día es hoy?, ¿Cómo se llama? y ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la colonia?; se aplicó la prueba Pfeiffer (Apéndice B) con la intención de verificar si el AM estaba ubicado en tiempo, espacio y persona. En caso de que el AM no cumpliera con el puntaje requerido en la prueba solo se aplicó la Escala de Autotrascendencia (Apéndice E) y la Escala de Perspectiva Espiritual (Apéndice F), al finalizar se le dio las gracias. En caso de que el AM cumpliera con el puntaje requerido se le explicó el objetivo del estudio y se le hizo la invitación a participar, una vez que aceptó se procedió a la lectura del consentimiento informado, para posteriormente solicitar su aprobación y recolectar la firma de él y de los testigos (Apéndice L).

Para continuar con la recolección de los datos el investigador principal leyó cada uno de los instrumentos y proporcionó al participante una hoja con las opciones de respuesta de cada uno de ellos (Apéndice N); se le explicó que solo podía elegir una de las opciones establecidas, además de poder utilizarla para recordar cada una de las opciones para cada ítem de los instrumentos de medición. La entrevista inició con la Cédula de Datos Personales y Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, el Inventario de Estrés en la Vida, la Escala de Autotrascendencia, la Escala de Perspectiva Espiritual y la Escala de Bienestar Psicológico; en seguida se tomó un receso de 20 minutos para que descansara el AM y continuará con sus actividades dentro de las instituciones (parroquias y DIF de Santa Catarina), después se volvió a localizar y se le preguntó si deseaba continuar o si era necesario programar una nueva cita para continuar con la entrevista, la reprogramación de una nueva cita no fue necesaria.

Posterior a los 20 minutos de descanso se reanudó la entrevista con la Escala de Orientación Hacia la Vida, el MAST-G, el Inventario de Religiosidad y por último la Escala de Bienestar Social; al finalizar se le agradeció su participación; en caso de que algún AM no aceptara participar se le dio las gracias y se le explicó que su decisión no afectaría su relación con ninguna institución o persona. Finalmente se guardaron los cuestionarios en un sobre que se cerró y los instrumentos serán resguardados por el autor principal del estudio en un lugar seguro por un periodo de 2 años, posterior a ello se destruirán los instrumentos.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987, 2014), en su Título segundo el cual corresponde a los aspectos éticos de la investigación es seres humanos. En base al Artículo 13 se respetó la dignidad humana, el bienestar y se protegieron los derechos de los AM dirigiéndose a él de forma profesional, con cortesía y amabilidad y esta se suspendió en caso de que él lo solicitara; así mismo se protegieron sus derechos respetando su decisión en caso de que no deseara participar o abandonara el estudio, en este estudio solo tres AM no desearon participar.

Se respetó el Artículo 14, Fracción V, VI, VII y VIII, donde se señala que el estudio se sometió al dictamen de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, además se solicitó la autorización de los representantes de las parroquias que pertenecen a la Zona Pastoral V (San Pedro-Santa Catarina) de la Arquidiócesis de Monterrey y de los Centros del AM del DIF. Además, se contó con un consentimiento informado para AM el cual garantizó el anonimato, la participación voluntaria y la libertad de dejar de participar en el estudio sin que dicha decisión haya afectado su relación con ninguna institución o persona; así mismo el estudio fue realizado por un

profesional del área de la salud con conocimiento y experiencia con el propósito de cuidar la integridad del AM.

De acuerdo con el Artículo 16 se protegió la privacidad del AM por lo cual en el presente estudio no se solicitó información personal que identificara al AM, además se realizaron las entrevistas en un lugar donde los encargados de las insinuaciones consideraron que el AM tendría privacidad para responder. De acuerdo con el Artículo 17 Fracción II el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que solo se realizó una entrevista utilizando instrumentos de lápiz y papel, sin embargo debido a la cantidad de instrumentos se dividió la entrevista en dos partes y se proporcionó un periodo de descanso de 15 minutos, posteriormente se cuestionó si deseaba continuar o si es necesario solicitar una cita para seguir con la entrevista; así mismo las preguntas de los instrumentos pudieron eventualmente provocar que el AM recordara algunos eventos que le causaran incomodidad o emociones negativas, por lo que el autor principal del estudio estuvo atento a esta situación.

En base al Artículos 20 y 21 Fracción I, II, III, VI, VI, VII se elaboró un consentimiento informado y el investigador principal dio una explicación clara y completa al AM sobre este, haciendo énfasis en la justificación y los objetivos del estudio, los instrumentos que se utilizaron, los riesgos y beneficios, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que su decisión afectara su relación con ninguna institución o persona.

Según lo estipulado en el Artículo 22 Fracción I, II, III, VI, VII el investigador principal elaboró el consentimiento informado el cual indicó los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tenían con el AM, el cual fue sometido a la aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se le

proporcionó al AM y se le informó que de estar de acuerdo con el formato que lo firmara él y los testigos como muestra de la autorización para la participación en el presente estudio y al finalizar se le proporcionó un duplicado.

En relación con lo estipulado por el Artículo 25 se determinó la capacidad mental del AM para otorgar su consentimiento, por lo que el investigador principal evaluó su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica, a través de las preguntas ¿Qué día es hoy?, ¿Cómo se llama? y ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la colonia? y se aplicó el SPMSQ-VE en el cual aquellos AM con la capacidad de leer y escribir debían tener un máximo de dos errores en la prueba y las personas que no sabían leer y escribir que se incluyeron debían tener un máximo de tres errores, para ser considerado dentro del estudio.

Estrategia de análisis de datos

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés) versión 21 para Windows. Primeramente, se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach. El análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas se realizó mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. A través de la prueba Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors se determinó la distribución de las variables para decidir el uso de estadística paramétrica o no paramétrica y dado los resultados de la prueba se decidió el uso de estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al primer objetivo específico que menciona identificar los EEV por sexo, se emplearon frecuencias y porcentajes e intervalos de confianza al 95%.

Para el segundo objetivo específico que señala identificar las diferencias de la prevalencia alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana de consumo de alcohol se emplearon frecuencias y porcentajes y la Prueba de Chi Cuadrada de Pearson.

El tercer objetivo del estudio menciona identificar los tipos de consumo de alcohol y los tipos de drogas médicas consumidas por sexo, se emplearon frecuencias y porcentajes y la Prueba de Chi Cuadrada de Pearson.

El cuarto objetivo y último objetivo específico que indica identificar los puntajes de autotrascendencia, de espiritualidad, SOC y religiosidad en los AM por sexo, se utilizaron medidas de tendencia central y la Prueba U de Mann-Whitney.

Para dar respuesta a la primera hipótesis que menciona que los EEV están asociados con la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Simple.

Para dar respuesta a la segunda hipótesis que señala que a mayor autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]) mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se empleó el Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

Para responder a la tercera hipótesis que menciona que los EEV están asociados con el SOC en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Simple.

Para dar respuesta a la cuarta hipótesis que menciona que a mayor SOC mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se empleó el Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Simple.

Para responder la quinta hipótesis que indica que la edad, el sexo, el estado civil y la religiosidad moderan la relación entre los EEV y la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y en la relación entre la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y el bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se empleó el Modelo Lineal General Multivariante.

Para dar respuesta al objetivo general del estudio que señala determinar la capacidad explicativa de la Teoría de Situación Específica de Vulnerabilidad, Autotrascendencia y SOC y su influencia con el Bienestar en AM que consumen alcohol y drogas médicas, se utilizó el Modelo Lineal General Multivariante.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio, se muestra la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y del historial del consumo de alcohol y drogas médicas; se presenta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y posteriormente se incluye la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia interna de los instrumentos

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	<i>n</i>	No de reactivos	Reactivos	α
Inventario de Estrés en la Vida	251	31	1-31	.79
Escala de Autotrascendencia	251	15	1-15	.80
Escala de Perspectiva Espiritual	251	10	1-10	.90
Prácticas Espirituales	251	4	1-4	.80
Creencias Espirituales	251	6	1-6	.89
Escala de Orientación Hacia la Vida	251	13	1-13	.83
MAST-G	251	24	1-24	.83
Escala de Bienestar Psicológico de Ryf	251	29	1-29	.85
Escala de Bienestar Social de Keyes	251	33	1-33	.88
Índice de Religión de la Universidad de Duke	251	5	1-5	.83

Nota: *n* = muestra total, α = Alpha de Cronbach.

En la Tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach donde se aprecian niveles aceptables de confiabilidad en todos los instrumentos aplicados (Burns & Grove, 2012).

Estadística Descriptiva

Tabla 2

Características sociodemográficas (sexo, estado civil, año escolar y ocupación)

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	57	22.7
Femenino	194	77.3
Estado Civil		
Casado o unión libre	123	49.0
Separado o divorciado	26	10.3
Viudo	85	33.9
Soltero	17	6.8
Nivel Educativo		
Sin estudios	22	8.8
Primaria	150	59.7
Secundaria	31	12.4
Estudios técnicos	34	13.5
Preparatoria	6	2.4
Profesional	8	3.2
Ocupación		
Jubilado	69	27.5
Cuenta con negocio pequeño propio	20	8.0
Paquetero en tiendas de autoservicio	1	0.4
Trabaja en un comercio menor	13	5.1
Hogar	148	59.0
Religión		
Católico	217	86.5
Testigo de Jehová	10	4.0
Cristiano	8	3.2
Otro (Evangélicos)	4	1.6
Ninguna	12	4.7

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 251.

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los participantes, en relación con el sexo predomina el femenino con un 77.3%, el 49% de los participantes estaban casados, el 59.7% tenían primaria, el 59% se dedicaba al hogar y el 86.5% pertenece a la religión católica.

Consumo de Alcohol.

En relación con el consumo de alcohol el 33.1% de los AM mencionó consumirlo actualmente, la edad de inicio de consumo de alcohol fue a los 26.3 años ($DE = 14.8$) y la cantidad de bebidas consumidas actualmente en un día típico fue de 1.81 bebidas ($DE = 1.2$). En relación con la clasificación del consumo de alcohol según el MAST-G se observa que el 91.2% de los participantes fueron clasificados como consumidores sensatos, el 6.4% como consumidores de riesgo y el 2.4% como consumidores abusivos (Tabla 3).

Tabla 3

Clasificación del consumo de alcohol según el MAST-G

Tipo de Consumo	<i>f</i>	%
Consumo Sensato	229	91.2
Consumo de Riesgo	16	6.4
Consumo Abusivo	6	2.4

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, $n = 251$.

Consumo de Drogas Médicas.

En relación con el consumo de drogas médicas el 16.7% mencionó consumirlas actualmente, de los cuales el 1.6% los compra y cuentan con prescripción médica, el 1.2% son conseguidos por familiares los cuales cuentan con la prescripción del AM y el 13.9% son proporcionados por los servicios de salud; además, solo el .8% de los AM no suspende el consumo de drogas médicas cuando consume alcohol. En la tabla 5 se observa que las drogas más consumidas por los AM fueron los benzodiacepinas (45.2%), los antidepresivos (21.4%) y los antidepresivos (16.7%).

Tabla 4

Consumo de Drogas Médicas

Tipos de Drogas Médicas	<i>f</i>	%
Opioides	4	9.5
Antidepresivos	9	21.4
Anticonvulsivantes	7	16.7
Benzodiacepinas	19	45.2
Consume más de dos tipos de drogas médicas	2	4.8
Consume más de tres tipos de drogas médicas	1	2.4

Nota: $n = 42$ (esta muestra representa a aquellos participantes que consumen drogas médicas).

En la tabla 5 se presenta la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de drogas médicas, como se observa el consumo de estas sustancias no varía entre las prevalencias. Además, se observa una mayor proporción en las prevalencias de no consumo de drogas médicas en los AM.

Tabla 5

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de drogas médicas

Tipo de droga médica	Prevalencia del consumo	Si		No	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Opioides	Alguna vez en la vida	4	1.6	247	98.4
	En el último año	4	1.6	247	98.4
	En el último mes	4	1.6	247	98.4
	En la última semana	4	1.6	247	98.4
Antidepresivos	Alguna vez en la vida	13	5.2	238	94.8
	En el último año	13	5.2	238	94.8
	En el último mes	12	4.8	239	95.2
	En la última semana	12	4.8	239	95.2
Anticonvulsivantes	Alguna vez en la vida	8	3.2	243	96.8
	En el último año	8	3.2	243	96.8
	En el último mes	8	3.2	243	96.8
	En la última semana	8	3.2	243	96.8
Benzodiacepinas	Alguna vez en la vida	21	8.4	230	91.6
	En el último año	21	8.4	230	91.6
	En el último mes	21	8.4	230	91.6
	En la última semana	21	8.4	230	91.6

Nota: $n = 251$.

En relación con el tipo de droga médica en la tabla 6 se presentan aquellas que fueron más consumidas de acuerdo con el tipo; en dicha tabla se observa que las más consumidas de los opioides fue el Tramacet (50.0%) y el Tylenol #2 (50.0%), de los antidepresivos el Zoloft (41.6%), de los anticonvulsivantes el Neurontin (37.5%) y de las benzodiacepinas el Rivotril (72.7%).

Tabla 6

Drogas médicas más consumidas de acuerdo con el tipo

Tipo de droga medica	Nombre comercial	<i>f</i>	%
Opioides	Tylenol #2	2	50.0
	Tramacet	2	50.0
Antidepresivos	Zoloft	5	41.6
	Effexor	3	25.0
	Lexcitox	4	33.4
Anticonvulsivantes	Neurotin	3	37.5
	Carbatrol	2	25.0
	Ceutitac	3	37.5
Benzodiacepinas	Ritrovil	16	72.7
	Halcion	5	22.7
	Valium	1	4.6

Nota: Los resultados de esta tabla son a partir de una muestra de 46 participantes debido a que en la muestra total (42), cuatro consumieron más de una droga médica.

Estadística inferencial

En la tabla 7 se presentan los datos de las variables continuas y numéricas y los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. En dicha tabla se puede observar que la media de edad fue de 71.2 años ($DE = 6.9$), la media de los años de estudio fue de 6.2 años ($DE = 3.4$). Con relación al historial de consumo sustancias, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 27.3 años ($DE = 15.4$), la cantidad de bebidas consumidas en día típico muestra un promedio de 1.8 bebidas ($DE = 1.3$); en relación con las drogas médicas el promedio de la cantidad de estas consumidas actualmente fue de 1.1 tabletas ($DE = .3$).

De acuerdo con lo reportado por los instrumentos aplicados a los AM, los EEV mostraron una media de 14.0 ($DE = 11.9$), la media del índice de la autotrascendencia fue de 49.8 ($DE = 6.7$), de la espiritualidad 52.5 ($DE = 8.1$) y del SOC fue de 71.7 ($DE = 12.5$). En cuanto al índice de consumo de alcohol la media fue de 0.4 ($DE = 1.4$), para el bienestar psicológico la media del índice fue de 74.5 ($DE = 12.0$), para el bienestar social la media del índice fue de 61.3 puntos ($DE = 15.7$) y por último para la religiosidad la media del puntaje fue de 23.9 ($DE = 3.5$).

Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors indican que la distribución de los datos no presenta normalidad ($p < .05$), a excepción del bienestar psicológico ($p > .05$) y social ($p > .05$), por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica.

Tabla 7

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov Corrección de Lilliefors para las variables continuas y numéricas

Variables	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>Mín.</i>	Valor <i>Máx.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Edad en años	251	71.2	71	6.9	60	94	.082	.001
Nivel educativo en años	251	6.2	6	3.4	1	18	.192	.001
Edad de inicio de consumo de alcohol	251	27.3	20.50	15.4	8	71	.214	.001
Cantidad de bebidas en un día típico	251	1.8	1	1.3	1	7	.317	.001
Cuántas drogas médicas consume	251	1.1	1	.3	1	3	.530	.001
Índice de EEV	251	14.0	11	11.9	0	71	.139	.001
Índice de autotrascendencia	251	49.8	51	6.7	30	60	.130	.001
Índice de espiritualidad	251	52.5	54	8.1	10	60	.181	.001
Índice de SOC	251	71.7	74	12.5	23	91	.088	.001
Índice de consumo de alcohol	251	0.4	.0	1.4	.0	12	.485	.001
Índice de bienestar psicológico	251	74.5	75.1	12.0	26	97	.065	.013
Índice de bienestar social	251	61.3	62.4	15.7	15	96	.042	.200
Índice de religiosidad	251	23.9	25	3.5	6	27	.232	.001

Nota: $n=251$, X = media, Mdn = mediana, $Mín$ = mínimo, $Máx$ = máximo, DE = Desviación Estándar, $K-S$ = estadístico de la prueba de Kolmogorov para normalidad, p = significancia observada.

Objetivos Específicos

Primer objetivo específico: identificar los EEV por sexo.

Para dar respuesta al primer objetivo específico se identificaron los EEV más experimentados en los últimos 12 meses en los AM de forma general (tabla 8). Los 10 eventos que más se experimentaron fueron la presencia de una lesión o enfermedad en el AM (57.8%), el deterioro de la memoria (57.0%), la alteración en la salud o en la conducta de algún miembro en la familia (50.6%), el no poder realizar actividades que disfrutaba mucho (45.4%), el deterioro del estado financiero (37.1%), la muerte de algún miembro cercano a su familia (36.7%), el deterioro en las condiciones de vida (29.5%), los problemas en la relación con un hijo(a) (25.1%), el divorcio o separación marital de un hijo(a) (23.5%) y la muerte de un amigo(a) (22.3%). El total de los EEV se encuentran en el Apéndice Ñ.

Tabla 8

EEV experimentado por los AM en los últimos 12 meses general

Eventos	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
1. La presencia de una lesión o enfermedad de carácter importante o delicado en su persona	145	57.8	106	42.2	52	64
2. El deterioro de su memoria	143	57.0	108	43.0	51	63
3. La alteración en la salud o en la conducta de un miembro en su familia	127	50.6	124	49.4	44	57
4. El no poder realizar actividades que usted disfrutaba mucho	114	45.4	137	54.6	39	52
5. El deterioro de su estado financiero o pérdidas económicas	93	37.1	158	62.9	31	43
6. La muerte de algún miembro cercano a su familia	92	36.7	159	63.3	31	43
7. El deterioro en las condiciones de vida	74	29.5	177	70.5	24	35
8. Los problemas en la relación con un hijo(a)	63	25.1	188	74.9	20	31
9. El divorcio o separación marital de un hijo(a)	59	23.5	192	76.5	18	29
10. La muerte de un amigo(a)	56	22.3	195	77.7	17	27

Nota: IC= Intervalo de Confianza para el porcentaje de respuestas afirmativas, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, $n = 251$.

Posteriormente se identifican los eventos de acuerdo con el sexo. En la tabla 9 se puede observar que los más experimentados por los hombres fueron el deterioro de la memoria (64.9%), la presencia de una lesión o enfermedad (57.9%), el no poder realizar actividades que disfrutaba mucho (43.9%), la alteración en la salud o en la conducta en algún miembro en la familia (40.4%), el deterioro del estado financiero, las pérdidas económicas (33.3%), la muerte de algún miembro cercano a su familia (31.6%), la muerte de un amigo(a) (22.8%), el divorcio o separación marital de un hijo(a) (21.1%), los problemas en la relación con un hijo(a) (19.3%), el deterioro en las condiciones de vida (15.8%). El total de los EEV en varones se encuentran en el Apéndice O.

Tabla 9

EEV experimentado por los AM en los últimos 12 meses en el sexo masculino

Eventos	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
1. El deterioro de su memoria	37	64.9	20	35.1	52	78
2. La presencia de una lesión o enfermedad de carácter importante o delicado en su persona	33	57.9	24	42.1	45	71
3. El no poder realizar actividades que usted disfrutaba mucho	25	43.9	32	56.1	31	57
4. La alteración en la salud o en la conducta de un miembro en su familia	23	40.4	34	59.6	27	53
5. El deterioro de su estado financiero o pérdidas económicas	19	33.3	38	66.7	21	46
6. La muerte de algún miembro cercano a su familia	18	31.6	39	68.4	19	44
7. La muerte de un amigo(a)	13	22.8	44	77.2	12	34
8. El divorcio o separación marital de un hijo(a)	12	21.1	45	78.9	10	32
9. Los problemas en la relación con un hijo(a)	11	19.3	46	80.7	2	05
10. El deterioro en las condiciones de vida	9	15.8	48	84.2	1	11

Nota: IC= Intervalo de Confianza para el porcentaje de respuestas afirmativas, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, $n = 57$.

En cuanto a las mujeres se observa en la tabla 10 que los eventos más experimentados fueron la presencia de una lesión o enfermedad (57.7%), el deterioro de la memoria (54.6%), la alteración en la salud o en la conducta en algún miembro en la

familia (53.6%), el no poder realizar actividades que disfrutaba mucho (45.9%), el deterioro del estado financiero (38.1%), la muerte de algún miembro cercano a su familia (38.1%), el deterioro en las condiciones de vida (33.5%), los problemas en la relación con un hijo(a) (26.8%), el divorcio o separación marital de un hijo(a) (24.2%) y la muerte de un amigo(a) (22.2%). El total de los EEV en mujeres se encuentran en el Apéndice P. De esta forma se da respuesta al primer objetivo específico.

Tabla 10

EEV experimentados por los AM en los últimos 12 meses en el sexo femenino

Eventos	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	<i>f</i>	LI	LS
1. La presencia de una lesión o enfermedad de carácter importante o delicado en su persona	112	57.7	82	42.3	51	65
2. El deterioro de su memoria	106	54.6	88	45.4	48	62
3. La alteración en la salud o en la conducta de un miembro en su familia	104	53.6	90	46.4	47	61
4. El no poder realizar actividades que usted disfrutaba mucho	89	45.9	105	54.1	39	53
5. El deterioro de su estado financiero o pérdidas económicas	74	38.1	120	61.9	31	45
6. La muerte de algún miembro cercano a su familia	74	38.1	120	61.9	31	45
7. El deterioro en las condiciones de vida	85	33.5	129	66.5	27	40
8. Los problemas en la relación con un hijo(a)	52	26.8	142	73.2	21	33
9. El divorcio o separación marital de un hijo(a)	47	24.2	147	75.8	18	30
10. La muerte de un amigo(a)	43	22.2	151	77.8	16	28

Nota: IC= Intervalo de Confianza para el porcentaje de respuestas afirmativas, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, $n = 194$.

Segundo objetivo específico: identificar diferencias en las prevalencias de consumo de alcohol por sexo.

En la tabla 11 se muestra la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol, se observa que el 66.9% con un IC 95% [61-73] de lo AM había consumido alcohol alguna vez en su vida, el 33.1% con un IC 95% [27-39] consumió

alcohol en el último año, el 23.1% con un IC 95% [18-28] en el último mes y el 12.1% con un IC 95% [8-16] en la última semana, por lo cual el consumo disminuye con la edad.

Tabla 11

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol

Prevalencia del consumo	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Alguna vez en la vida	168	66.9	83	33.1	61	73
Último año	83	33.1	168	66.9	27	39
Último mes	58	23.1	193	76.9	18	28
Última semana	30	12.0	221	88.0	8	16

Nota: IC= Intervalo de Confianza para el porcentaje de respuestas afirmativas, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, $n=251$

En las tablas de la 12 a la 15 se presentan las diferencias entre las prevalencias de consumo de alcohol de acuerdo con el sexo. En la tabla 12 se observa diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida ($\chi^2= 22.61$; $p = .001$), dicha tabla muestra que existió mayor proporción de consumo de alcohol en los hombres (93%) en comparación con las mujeres (59.3%).

Tabla 12

Prevalencia alguna vez en la vida de consumo de alcohol por sexo

Alguna vez en la vida		Hombres	Mujeres	Total	χ^2	p
No	<i>f</i>	4	79	83	22.61	.001
consumió	%	7.0	40.7	33.1		
Si	<i>f</i>	53	115	168		
consumió	%	93.0	59.3	66.9		

Nota: χ^2 =Chi Cuadrada de Pearson, p = significancia observada, n hombres= 57, n mujeres = 194.

En la tabla 13 se muestra la diferencia de la prevalencia de consumo de alcohol en el último año por sexo, en la que también se observa una diferencia significativa ($\chi^2= 8.58$; $p = .003$); se observa que el sexo masculino (55.4%) tuvo mayor proporción de consumo de alcohol en el último año en comparación con el femenino (28.4%).

Tabla 13

Prevalencia en el último año de consumo de alcohol por sexo

En el último año		Hombres	Mujeres	Total	χ^2	p
No	f	29	139	168	8.58	.003
consumió	%	50.9	71.6	66.9		
Si	f	28	55	83		
consumió	%	49.1	28.4	33.1		

Nota: χ^2 = Chi Cuadrada de Pearson, p = significancia observada, n hombres= 57, n mujeres = 194.

En la tabla 14 se presenta la prevalencia del consumo de alcohol en el último mes por sexo, en la que se observa significancia ($\chi^2 = 7.83$; $p = .005$), los hombres (36.8%) tuvieron una mayor prevalencia de consumo de alcohol en el último mes en comparación con las mujeres (19.1%).

Tabla 14

Prevalencia en el último mes de consumo de alcohol por sexo

En el último mes		Hombres	Mujeres	Total	χ^2	p
No	f	36	157	193	7.83	.005
consumió	%	63.2	80.9	76.9		
Si	f	21	37	58		
consumió	%	36.8	19.1	23.1		

Nota: χ^2 = Chi Cuadrada de Pearson, p = significancia observada, n hombres= 57, n mujeres = 194.

En la tabla 15 se observa la diferencia en la prevalencia del consumo de alcohol por sexo en la última semana, en la que también existió diferencia significativa ($\chi^2 = 8.25$; $p = .005$); el sexo masculino (22.8%) muestra mayor proporción de consumo de alcohol en la última semana que las mujeres (8.8%); de esta forma se responde al segundo objetivo específico.

Tabla 15

Prevalencia en la última semana de consumo de alcohol por sexo

En la última semana		Hombres	Mujeres	Total	χ^2	p
No	f	44	177	221	8.25	.005
consumió	%	77.2	91.2	88		
Si	f	13	17	30		
consumió	%	22.8	8.8	12		

Nota: χ^2 = Chi Cuadrada de Pearson, p = significancia observada, n hombres= 57, n mujeres = 194.

Tercer objetivo específico: identificar los tipos de consumo de alcohol y los tipos de drogas médicas consumidas por sexo.

En cuanto al tercer objetivo en la tabla 16 se muestran los tipos de consumo de alcohol según el MAST-G de acuerdo con el sexo, se observa que las mujeres fueron clasificadas en mayor proporción en la categoría de consumo sensato (73.3%), en comparación con los hombres quienes tuvieron mayor proporción en la categoría de consumo abusivo (1.6 %) ($\chi^2=14.61$; $p < .001$).

Tabla 16

Clasificación del consumo de alcohol de acuerdo con el MAST-G por sexo

Sexo		Consumo Sensato	Consumo de Riesgo	Consumo Abusivo	Total
Masculino	f	45	8	4	57
	%	17.9	3.2	1.6	22.7
Femenino	f	184	8	2	194
	%	73.3	3.2	0.8	77.3

Nota: n hombres= 57, n mujeres = 194, prueba estadística ($\chi^2=14.61$; $p<.001$).

En cuanto el tipo de drogas médicas consumidas en los AM por sexo los resultados se muestran en la tabla 17, en la que se observa que no existe diferencia significativa en el tipo de drogas consumidas por sexo ($p > .05$), de esta forma se responde al tercer objetivo específico.

Tabla 17

Tipos de drogas médicas consumidas por sexo

Tipos de drogas		Hombres	Mujeres	Total
Opioides	<i>f</i>	0	4	4
	%	0	12.1	9.5
Antidepresivos	<i>f</i>	2	7	9
	%	22.2	21.2	21.4
Anticonvulsivantes	<i>f</i>	3	4	7
	%	33.3	12.1	16.7
Benzodiacepinas	<i>f</i>	3	16	19
	%	33.3	48.5	45.2
Más de dos	<i>f</i>	1	1	2
	%	11.2	3.1	4.8
Más de tres	<i>f</i>	0	1	1
	%	0	3.1	2.4

Nota: $n = 42$, $\chi^2=4.60$; $p = .466$.

Cuarto objetivo específico: identificar los puntajes de autotrascendencia, de espiritualidad, SOC y religiosidad en los AM por sexo.

Para dar respuesta al cuarto objetivo específico se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (tabla 18). Se observa diferencia significativa en los índices de espiritualidad por sexo ($U = 3853.5$, $p = .001$) siendo mayor en el sexo femenino ($\bar{X} = 53.8$, $Mdn = 55$) que en el masculino ($\bar{X} = 48.4$, $Mdn = 52$). Así mismo esta diferencia significativa ($U = 3833.0$, $p = .001$) en los índices de religiosidad por sexo se observa que las mujeres tuvieron medias y medianas más altas ($\bar{X} = 24.5$, $Mdn = 26$) en comparación con los hombres ($\bar{X} = 21.9$, $Mdn = 23$). Además, se observó diferencia significativa en los índices de SOC por sexo ($U = 4514.0$, $p = .035$) siendo mayor en el masculino ($\bar{X} = 74.9$, $Mdn = 76$) que en el femenino ($\bar{X} = 70.8$, $Mdn = 73$). No se observó significancia del índice de autotrascendencia por sexo ($p > .05$); de esta forma se responde el cuarto objetivo específico. A continuación, se presentan los resultados de las hipótesis de estudio.

Tabla 18

Prueba U de Mann-Whitney para autotrascendencia, espiritualidad, SOC y religiosidad por sexo

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Autotrascendencia						
Masculino	57	50.3	50.1	6.5	5201.0	.495
Femenino	194	49.7	51	7.7		
Espiritualidad						
Masculino	57	48.4	52	10.7	3853.5	.001
Femenino	194	53.8	55	6.7		
SOC						
Masculino	57	74.9	76	11	4514.0	.035
Femenino	194	70.8	73	12.8		
Religiosidad						
Masculino	57	21.9	23	4.9	3833.0	.001
Femenino	194	24.5	26	2.8		

Nota: *n* = 251.

Hipótesis 1: los EEV están asociados con la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.

Para dar respuesta a la primera hipótesis que señala que los EEV están asociados con la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se realizó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Simple. Los resultados se muestran en las tablas de la 19 a la 21.

En la tabla 19 se observa que existe una relación negativa y significativa entre los EEV y la autotrascendencia ($r_s = -.169$, $p = .007$), lo que indica que a mayor EEV menor autotrascendencia. No se encontró relación significativa entre los EEV y la espiritualidad ($p > .05$).

Tabla 19

Coeficiente de Correlación de Spearman para los EEV, la autotrascendencia y la espiritualidad

Variables	Autotrascendencia	Espiritualidad
EEV	- .169** .007	- .0.26 .686

Nota: EEV = Eventos Estresantes de la Vida, ** $p < .01$

En la tabla 20 se observa el Modelo de Regresión Lineal Simple para conocer el efecto de los EEV sobre la autotrascendencia (intra e interpersonal) el cual fue significativo ($F_{(1,249)} = 9.03$, $p = .003$), este explicó el 31.0% de la varianza total. Además, los EEV tienen un efecto negativo y significativo sobre la autotrascendencia en los AM ($\beta = -.363$, $p = .010$).

Tabla 20

Regresión Lineal Simple para el efecto de los EEV sobre la autotrascendencia

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	1957.15	1	1957.15	9.03	.003
Residual	53945.29	249	216.64		
Total	55902.45	250			R ² = 31.0
Coeficientes					
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95% Inferior Superior
(Constante)	80.72	.024	1.507	.001	77.55 83.57
EEV	-.363	-.003	.138	.010	-.63 -.06

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 21 se observa que los EEV no tienen efecto significativo sobre la espiritualidad en los AM ($p > .05$). Con los datos anteriores se acepta parcialmente la primera hipótesis del estudio.

Tabla 21

Regresión Lineal Simple para el efecto de los EEV sobre la espiritualidad

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	455.89	1	455.89	1.72	.191
Residual	65893.04	249	264.63		
Total	66348.94	250			R ² = 0.7
Coeficientes					
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95%
					Inferior Superior
(Constante)	83.571	.054	1.883	.001	79.69 87.17
EEV	.175	-4.909	.124	.170	-.05 .43

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Hipótesis 2: a mayor autotranscendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.

Para dar respuesta a la segunda hipótesis que señala que a mayor autotranscendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]) mayor bienestar (físico, psicológico y social) en AM que consumen alcohol y drogas médicas, se empleó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Múltiple. Los resultados se muestran en las tablas de la 22 a la 27.

En la tabla 22 se observa que existe una relación negativa y significativa entre la autotranscendencia y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas ($r_s = -.108$, $p = .045$), lo que indica que a mayor autotranscendencia menor consumo combinado de ambas sustancias. Además, se encontró relación positiva y significativa entre la autotranscendencia y el bienestar psicológico ($r_s = .555$, $p = .001$) y social ($r_s = .474$, $p = .001$), por lo que a mayor autotranscendencia mayor bienestar psicológico y social. No se encontró relación significativa entre la autotranscendencia y el consumo de alcohol sensato ($p > .05$) y el consumo de drogas médicas con prescripción ($p > .05$) por separado.

Así mismo en la tabla se observa relación negativa y significativa entre la espiritualidad y el consumo de alcohol sensato ($r_s = -.129$, $p = .020$) y con el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas ($r_s = -.117$, $p = .032$), por lo que, a mayor espiritualidad menor consumo de alcohol y menor consumo combinado de alcohol y drogas médicas. Además, se encontró positiva y significativa entre la espiritualidad y el bienestar psicológico ($r_s = .375$, $p = .001$) y social ($r_s = .245$, $p = .001$), por lo que a mayor espiritualidad mayor bienestar psicológico y social. No se encontró relación entre la espiritualidad y el consumo de drogas médicas con prescripción ($p > .05$).

Tabla 22

Coefficiente de Correlación de Spearman la autotrascendencia y la espiritualidad y el bienestar (físico, psicológico y social)

Variables	Bienestar físico			Bienestar psicológico	Bienestar social
	Consumo de alcohol sensato	Consumo de drogas médicas con prescripción	Consumo combinado		
Autotrascendencia	.036	-.092	-.108*	.555**	.474**
	.286	.073	.045	.001	.001
Espiritualidad	-.129*	-.005	-.117*	.375**	.245**
	.020	.466	.032	.001	.001

Nota: ** $p < .001$, * $p < 0.05$

En la tabla 23 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple para conocer el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), el cual explicó el 25% de la varianza total. No obstante, cuando se analizan cada variable por separado no se observa efecto de la autotrascendencia (intra e interpersonal) ($p > .05$) y de la espiritualidad (autotrascendencia transpersonal) ($p > .05$) con el consumo de alcohol sensato.

Tabla 23

Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar físico (consumo de alcohol sensato)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	299.32	2	149.66	4.24	.015	
Residual	8735.22	248	35.22			
Total	9034.55	250			R ² = 25.0	
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	8.07	.09	4.23	.073	.80	17.31
Autotrascendencia	-.00	.00	.02	.731	-.06	.04
Espiritualidad	-.06	-.00	.03	.084	-.14	-.00

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 24 se observa que las variables de autotrascendencia y la espiritualidad no reportan efecto sobre el bienestar físico (consumo de drogas médicas con prescripción) en los AM ($p > .05$).

Tabla 24

Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar físico (consumo de drogas médicas con prescripción)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	.42	2	.21	1.12	.325	
Residual	47.14	248	.19			
Total	47.57	250			R ² = 0.9	
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	.28	.01	.16	.072	-.00	.61
Autotrascendencia	-.00	-1.10	.00	.137	-.00	.00
Espiritualidad	.00	.00	.00	.294	-.00	.00

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 25 se observa que las variables de autotrascendencia y la espiritualidad, no presentan efecto sobre el bienestar físico (no consumo combinado de alcohol y de drogas médicas) en los AM ($p > .05$).

Tabla 25

Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar físico (no consumo combinado de alcohol y de drogas médicas)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	3.98	2	1.99	1.63	.197	
Residual	302.75	248	1.22			
Total	306.74	250			R ² = 1.3	
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	2.25	-.00	.45	.001	1.24	3.07
Autotrascendencia	.00	6.59	.00	.107	-.00	.01
Espiritualidad	-.00	-1.92	.00	.143	-.01	.00

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 26 se puede observar que el modelo fue significativo ($F_{(1,249)} = 51.52$, $p = .001$), el cual explicó el 28.8% de la varianza total. La autotrascendencia (intra e interpersonal) mostró efecto significativo con el bienestar psicológico ($\beta = .42$, $p = .001$), en cambio la espiritualidad no tuvo efecto sobre el bienestar psicológico ($p > .05$) en los AM.

Tabla 26

Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar psicológico

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	10662.23	2	5331.11	51.52	.001
Residual	25658.26	248	103.46		
Total	36320.49	250			$R^2 = 28.8$

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 26

Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar psicológico, continuación...

Modelo ($n = 251$)	Coeficientes				Intervalo de confianza al 95%	
	β	Sesgo	E	p	Inferior	Superior
(Constante)	39.71	-.38	5.79	.001	27.36	50.60
Autotrascendencia	.42	.00	.05	.001	.32	.54
Espiritualidad	.01	.00	.05	.738	-.08	.14

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 27 se muestra el Modelo de Regresión Lineal Múltiple utilizado para conocer el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar social, el cual significativo ($F_{(1,249)} = 31.00$, $p = .001$), este modelo explicó el 20.0% de la varianza total. La autotrascendencia (intra e interpersonal) mostró efecto significativo con el bienestar social ($\beta = .44$, $p = .001$); sin embargo, la espiritualidad no mostró un efecto significativo con el bienestar social ($p > .05$) en los AM. Con los datos anteriores se acepta parcialmente la segunda hipótesis del estudio.

Tabla 27

Regresión Lineal Múltiple para el efecto de la autotrascendencia y la espiritualidad con el bienestar social

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	12388.98	2	6194.49	31.00	.001	
Residual	49552.45	248	199.80			
Total	61941.44	250			R ² = 20.0	
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	21.80	.18	6.82	.004	8.94	35.71
Autotrascendencia	.44	.00	.06	.001	.31	.56
Espiritualidad	.06	.00	.06	.370	-.07	.19

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Hipótesis 3: los EEV están asociados con el SOC en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.

Para dar respuesta a la tercera hipótesis que menciona que los EEV están asociados con el SOC en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se utilizó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Simple. Los resultados se muestran en las tablas 28 y 29.

En la tabla 28 se observa que existe una relación negativa y significativa entre los EEV y del SOC ($r_s = -.474$, $p = .001$), lo que indica que a mayor índice de EEV menor SOC.

Tabla 28

Coeficiente de Correlación de Spearman para los EEV y el SOC

Variables	SOC
EEV	-.474** .001

Nota: EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia,

** $p < .001$.

En la tabla 29 se observa el Modelo de Regresión Lineal Simple empleado para conocer el efecto de los EEV sobre el SOC el cual fue significativo ($F_{(1,249)} = 98.70$, $p = .001$), el modelo explicó el 28.1% de la varianza total. Los EEV predicen de forma negativa el SOC ($\beta = -1.11$, $p = .006$). Con los datos anteriores se acepta la tercera hipótesis de investigación.

Tabla 29

Regresión Lineal Simple para el efecto de los EEV sobre el SOC

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	18429.07	1	18429.07	98.70	.001	
Residual	46488.83	249	186.70			
Total	64917.90	250			R ² = 28.1	
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	85.42	.03	1.31	.001	82.89	88.10
EEV	-1.11	-.00	.13	.001	-1.40	-.87

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Hipótesis 4: a mayor SOC mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.

Para dar respuesta a la cuarta hipótesis que menciona que a mayor SOC mayor bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se empleó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Lineal Simple. Los resultados se muestran en las tablas de la 30 a la 35.

En la tabla 30 se observa que existe una relación negativa y significativa entre el SOC y el consumo de drogas médicas con prescripción ($r_s = -.144$, $p = .023$), lo que indica que a mayor SOC menor consumo de drogas. Además, se encontró relación positiva y significativa entre el SOC y el bienestar psicológico ($r_s = .549$, $p = .001$) y social ($r_s = .363$, $p = .001$); por lo que a mayor SOC mayor bienestar psicológico y social. No obstante, no se encontró relación significativa entre el SOC y el consumo de alcohol sensato ($p > .05$) y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas ($p > .05$).

Tabla 30

Coeficiente de Correlación de Spearman SOC y el bienestar (físico, psicológico y social)

Variables	Bienestar físico			Bienestar psicológico	Bienestar social
	Consumo de alcohol sensato	Consumo de drogas médicas con prescripción	No Consumo combinado		
SOC	.122 .053	-.144* .023	-.010 .880	.549** .001	.363** .001

Nota: ** $p < .001$, * $p < 0.05$

Como se observa en la tabla 31 el SOC no tiene efecto significativo con el bienestar físico (consumo de alcohol) ($p > .05$) en los AM.

Tabla 31

Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar físico (consumo de alcohol sensato)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	10.06	1	10.06	.27	.599	
Residual	9024.48	249	36.24			
Total	9034.55	250				
R ² = 0.1						
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al	
					95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	.98	-.04	1.99	.631	-2.85	4.968
SOC	.01	.00	.02	.622	-.03	.062

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Como se muestra en la tabla 32 el Modelo de Regresión Lineal Simple de las variables SOC con el bienestar físico (consumo de drogas médicas) fue significativo ($F_{(1,249)} = 6.07$, $p = .014$), este modelo explicó el 2.4% de la varianza total. Se muestra además que el SOC predice negativamente el consumo de drogas médicas con prescripción ($\beta = -.004$, $p = .034$).

Tabla 32

Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar físico (consumo de drogas médicas con prescripción)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	1.13	1	1.13	6.07	.014	
Residual	46.43	249	186			
Total	47.57	250				
R ² = 2.4						
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al	
					95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	.49	-.00	.16	.006	.21	.83
SOC	-.004	1.82	.002	.034	-.00	-.00

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Como se observa en la tabla 33 a través del Modelo de Regresión Lineal Simple se observa que el SOC no tuvo efecto en el bienestar físico (no consumo combinado de alcohol y drogas médicas) ($p > .05$) en los AM.

Tabla 33

Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar físico (no consumo combinado de alcohol y drogas médicas)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	.000	1	.000	.00	.935	
Residual	1.984	249	.008			
Total	1.984	250	R ² = 0			
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al	
					95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	.006	.001	.010	.508	-.007	.030
SOC	2.872	8.283	.000	.857	.000	.000

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

En la Tabla 34 se observa el Modelo de Regresión Lineal Simple para conocer el efecto del SOC sobre el bienestar psicológico, el cual fue significativo ($F_{(1,249)} = 142.32$, $p = .001$) y explicó el 36.1% de la varianza total. El SOC predice de forma positiva el bienestar psicológico ($\beta = .451$, $p = .001$).

Tabla 34

Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar psicológico

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	13209.52	1	13209.52	142.32	.001	
Residual	23110.97	249	92.81			
Total	36320.49	250			R ² = 36.1	
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	40.54	.114	3.281	.001	34.12	47.35
SOC	.451	-.001	.041	.001	.36	.53

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio,

p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Para conocer el efecto del SOC con el bienestar social se empleó el Modelo de Regresión Lineal Simple el cual mostró un efecto significativo entre ambos ($F_{(1,249)} = 46.54, p = .001$), este modelo explicó el 15.4% de la varianza total. Se observa que el SOC predice el bienestar social ($\beta = .388, p = .001$). Con los datos anteriores se acepta parcialmente la cuarta hipótesis del estudio.

Tabla 35

Regresión Lineal Simple para el efecto del SOC con el bienestar social

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Regresión	9755.10	1	9755.10	46.54	.001	
Residual	52186.33	249	209.58			
Total	61941.44	250			R ² = 15.4	
Coeficientes						
Modelo (<i>n</i> = 251)	β	Sesgo	E	<i>p</i>	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	32.11	.054	3.983	.001	24.24	39.87
SOC	.388	.000	.052	.001	.28	.48

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Hipótesis 5: la edad, el sexo, el estado civil y la religiosidad moderan la relación entre los EEV y la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y en la relación entre la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y el bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas.

Para dar respuesta a la quinta hipótesis que señala que la edad, el sexo, el estado civil y la religiosidad moderan la relación entre los EEV y la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y en la relación entre la autotrascendencia (intrapersonal, interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) y el bienestar (físico, psicológico y social) en los AM que consumen alcohol y drogas médicas, se empleó el Modelo Lineal General Multivariante. Los resultados se muestran en de la Tablas 36 a la39.

Como se observa en la tabla 36 se empleó el Modelo Lineal General Multivariante, el cual resultó ser significativo ($F_{(1,249)} = 8.61, p = .001$). Los factores personales (edad, sexo y estado civil) y contextuales (religiosidad) explican el 4.7% de la autotrascendencia (intra e interpersonal) y el 50.2% de la autotrascendencia transpersonal (espiritualidad) en los AM. La religiosidad muestra un efecto positivo y significativo en la autotrascendencia (intra e interpersonal) ($\beta = 1.07, p = .001$) y sobre la autotrascendencia transpersonal (espiritualidad) ($\beta = 3.08, p = .001$).

Tabla 36

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales sobre la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad])

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> del error	<i>p</i>	
Intersección	.934	8.61	2	243.00	.001	
Sexo	.974	3.20	2	243.00	.042	
Estado civil	.991	.38	6	486.00	.892	
Edad	.989	1.35	2	243.00	.259	
Religiosidad	.540	103.30	2	243.00	.001	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Autotrascendencia ^a	3931.64	6	655.27	3.07	.006
	Espiritualidad ^b	34068.30	6	5678.05	42.91	.001
Intersección	Autotrascendencia ^a	3404.45	1	3404.45	15.98	.001
	Espiritualidad ^b	660.46	1	660.46	4.99	.026
Sexo	Autotrascendencia ^a	616.57	1	616.57	2.89	.090
	Espiritualidad ^b	232.45	1	232.45	1.75	.186
Estado civil	Autotrascendencia ^a	307.24	3	102.41	.48	.696
	Espiritualidad ^b	164.52	3	54.84	.41	.743
Edad	Autotrascendencia ^a	33.26	1	33.26	.15	.693
	Espiritualidad ^b	269.45	1	269.45	2.03	.155
Religiosidad	Autotrascendencia ^a	3338.23	1	3338.23	15.67	.001
	Espiritualidad ^b	27445.59	1	27445.59	207.45	.001
Error	Autotrascendencia ^a	51970.81	244	212.99		
	Espiritualidad ^b	32280.63	244	132.29		

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 36

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales sobre la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]), continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Total	Autotrascendencia ^a	1561190.123	251			
	Espiritualidad ^b	1886460.00	251			
Total corregido	Autotrascendencia ^a	55902.454	250			
	Espiritualidad ^b	66348.940	250			
a) $R^2= 4.7$		b) $R^2= 50.2$				
Bootstrap para estimaciones de los parámetros						
Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%		
				Inferior	Superior	
Autotrascendencia	Intersección	44.10	.002	17.88	68.47	
	Sexo	4.06	.064	-.15	8.61	
	Casado	3.09	.418	-4.36	10.58	
	Separado o divorciado	4.88	.247	-3.47	13.36	
	Viudo	1.88	.620	-5.73	9.84	
	Edad	.05	.710	-.22	.35	
	Religiosidad	1.07	.001	.47	1.68	
Espiritualidad	Intersección	21.60	.164	-8.53	51.59	
	Sexo	-2.49	.230	-6.59	1.71	
	Casado	2.06	.438	-3.54	7.12	
	Separado o divorciado	1.75	.562	-4.53	7.61	
	Viudo	.36	.889	-5.42	5.62	
	Edad	-.15	.238	-.40	.11	
	Religiosidad	3.08	.001	2.27	3.85	

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Como se observa en la tabla 37 el Modelo Lineal General Multivariante el cual también resultó ser significativo ($F_{(1,249)} = 10.24$, $p = .001$). Los factores personales (edad, sexo y estado civil) y contextuales (religiosidad) y los EEV explican el 8.3% de la autotrascendencia (intra e interpersonal) y el 50.0% de la autotrascendencia

transpersonal (espiritualidad) en los AM. Además, al introducir en el modelo los EEV la religiosidad muestra de nuevo un efecto positivo sobre la espiritualidad (autotrascendencia transpersonal ($\beta = 3.08$, $p = .001$), por lo que la religiosidad se considera moderador de la relación entre los EEV y la espiritualidad. Además, se observa un efecto negativo y significativo entre los EEV y la autotrascendencia (intra e interpersonal) ($\beta = -.38$, $p = .001$).

Tabla 37

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales y los EEV sobre la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad])

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> del error	<i>p</i>	
Intersección	.92	10.24	2	242.00	.001	
Sexo	.97	2.58	2	242.00	.078	
Estado civil	.98	.47	6	484.00	.825	
Edad	.99	1.17	2	242.00	.312	
Religiosidad	.54	102.73	2	242.00	.001	
EEV	.95	6.33	2	242.00	.002	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Autotrascendencia ^a	6079.29	7	868.47	4.23	.001
	Espiritualidad ^b	34098.87	7	4871.26	36.70	.001
Intersección	Autotrascendencia ^a	4057.88	1	4057.88	19.79	.001
	Espiritualidad ^b	615.17	1	615.17	4.63	.032
Sexo	Autotrascendencia ^a	418.48	1	418.48	2.04	.154
	Espiritualidad ^b	215.27	1	215.27	1.62	.204
Estado civil	Autotrascendencia ^a	399.07	3	133.02	.64	.584
	Espiritualidad ^b	166.23	3	55.41	.41	.741
Edad	Autotrascendencia ^a	8.31	1	8.31	.04	.841
	Espiritualidad ^b	257.31	1	257.31	1.93	.165
Religiosidad	Autotrascendencia ^a	3476.57	1	3476.57	16.95	.001
	Espiritualidad ^b	27379.47	1	27379.47	206.30	.001
EEV	Autotrascendencia ^a	2147.65	1	2147.65	10.47	.001
	Espiritualidad ^b	30.57	1	30.57	.23	.632
Error	Autotrascendencia ^a	49823.16	243	205.03		
	Espiritualidad ^b	32250.06	243	132.71		

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida.

Tabla 37

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales y los EEV sobre la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]), continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Total	Autotrascendencia ^a	1561190.12	251			
	Espiritualidad ^b	1886460.00	251			
Total, corregido	Autotrascendencia ^a	55902.45	250			
	Espiritualidad ^b	66348.94	250			
a) $R^2= 8.3$		b) $R^2= 50.0$				
Bootstrap para estimaciones de los parámetros						
Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%		
				Inferior	Superior	
Autotrascendencia	Intersección	49.16	.000	22.42	74.65	
	Sexo	3.36	.120	-.740	7.77	
	Casado	2.94	.379	-3.95	9.41	
	Separado o divorciado	5.69	.140	-2.08	13.42	
	Viudo	1.90	.580	-4.88	9.02	
	Edad	.02	.841	-.25	.30	
	Religiosidad	1.09	.002	.46	1.75	
	EEV	-.38	.002	-.61	-.13	
Espiritualidad	Intersección	21.00	.185	-11.17	51.99	
	Sexo	-2.41	.262	-6.62	1.99	
	Casado	2.08	.435	-3.19	7.38	
	Separado o divorciado	1.65	.584	-4.66	7.75	
	Viudo	.36	.903	-5.07	5.66	
	Edad	-.15	.265	-.40	.12	
	Religiosidad	3.08	.001	2.24	3.81	
	EEV	.04	.625	-.14	.22	

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, EEV =Eventos Estresantes de la Vida.

En la tabla 38 se observa el Modelo Lineal General Multivariante empleado para conocer el efecto de los factores personales (edad, sexo y estado civil y los contextuales (religiosidad) sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y

social el cual resultó significativo. No obstante, cuando se analizan cada variable por separado no se observa que la edad, el sexo, el estado civil y la religiosidad tengan efecto sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social ($p > .05$).

Tabla 38

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> del error	<i>p</i>	
Intersección	.85	14.29	3	242.00	.001	
Sexo	.95	3.87	3	242.00	.010	
Estado civil	.97	.70	9	589.11	.708	
Edad	.98	1.55	3	242.00	.202	
Religiosidad	.96	2.56	3	242.00	.055	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	658.85	6	109.81	3.19	.005
	Bienestar psicológico ^b	761.46	6	126.91	.87	.517
	Bienestar social ^c	2798.85	6	466.47	1.92	.077
Intersección	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	130.60	1	130.60	3.80	.052
	Bienestar psicológico ^b	5505.58	1	5505.58	37.77	.001
	Bienestar social ^c	5591.42	1	5591.42	23.06	.001
Sexo	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	311.45	1	311.45	9.07	.003
	Bienestar psicológico ^b	330.88	1	330.88	2.27	.133
	Bienestar social ^c	212.30	1	212.30	.87	.350
Estado civil	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	57.24	3	19.08	.55	.645
	Bienestar psicológico ^b	76.21	3	25.40	.17	.914
	Bienestar social ^c	1004.38	3	334.79	1.38	.249

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 38

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Edad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9.31	1	9.31	.27	.603
	Bienestar psicológico ^b	31.53	1	31.53	.21	.642
	Bienestar social ^c	422.42	1	422.42	1.74	.188
Religiosidad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	126.18	1	126.18	3.67	.056
	Bienestar psicológico ^b	436.36	1	436.36	2.99	.085
	Bienestar social ^c	812.73	1	812.73	3.35	.068
Error	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	8375.69	244	34.32		
	Bienestar psicológico ^b	35559.03	244	145.73		
	Bienestar social ^c	59142.58	244	242.38		
Total	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9965.27	251			
	Bienestar psicológico ^b	1430535.55	251			
	Bienestar social ^c	1005835.44	251			
Total, corregida	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9034.55	250			
	Bienestar psicológico ^b	36320.49	250			
	Bienestar social ^c	61941.44	250			
a) $R^2= 5.0$		b) $R^2= - 0.3$		c) $R^2= 2.2$		
Bootstrap para estimaciones de los parámetros						
Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%		
				Inferior	Superior	
Bienestar físico (consumo de alcohol sensato)	Intersección	6.82	.190	-2.57	17.98	
	Sexo	2.88	.013	.83	5.10	
	Casado	1.46	.055	.09	3.05	
	Separado o divorciado	1.55	.085	-.08	3.37	
	Viudo	1.99	.060	.22	4.11	

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 38

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Bienestar psicológico	Edad	-.02	.526	-.11	.05
	Religiosidad	-.20	.124	-.50	.01
	Intersección	59.03	.001	36.47	79.28
	Sexo	2.97	.121	-.60	6.74
	Casado	2.09	.575	-5.34	9.64
	Separado o divorciado	1.70	.675	-6.93	10.09
	Viudo	1.30	.741	-6.25	8.97
	Edad	.05	.662	-.18	.29
	Religiosidad	.38	.077	-.00	.85
	Intersección	55.69	.001	26.52	87.49
	Sexo	2.38	.334	-2.24	7.53
	Casado	7.46	.135	-2.52	17.32
	Separado o divorciado	8.67	.112	-2.46	19.65
	Viudo	5.45	.280	-4.68	15.66
Bienestar social	Edad	-.19	.190	-.49	.08
	Religiosidad	.53	.181	-.26	1.27

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 39 se muestra el Modelo Lineal General Multivariante el cual resultó ser significativo ($F_{(1,249)} = 10.24, p = .001$). Los factores (edad, sexo y estado civil) y los contextuales (religiosidad), la autotrascendencia (intra e interpersonal) y la espiritualidad (autotrascendencia transpersonal) explican el 4.9% del bienestar físico (consumo de alcohol sensato), el 28.1% del bienestar psicológico y el 19.6% del bienestar social. Sin embargo, no se observa que la edad, el sexo, el estado civil y la religiosidad tengan efecto sobre el bienestar físico, psicológico y social ($p > .05$). No obstante, la autotrascendencia mostró efecto positivo sobre el bienestar psicológico

($B = .42$, $p = .001$) y social ($B = .44$, $p = .001$).

Tabla 39

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales y la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad] sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> del error	<i>p</i>	
Intersección	.90	8.36	3	240.00	.001	
Sexo	.96	3.28	3	240.00	.022	
Religiosidad	.99	.76	3	240.00	.516	
Estado civil	.97	.61	9	584.24	.784	
Edad	.98	1.57	3	240.00	.196	
Autotrascendencia	.73	29.14	3	240.00	.001	
Espiritualidad	.98	.91	3	240.00	.436	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	716.51	8	89.56	2.60	.009
	Bienestar psicológico ^b	11046.02	8	1380.75	13.22	.001
	Bienestar social ^c	13730.82 ^c	8	1716.35	8.61	.001
Intersección	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	166.57	1	166.57	4.84	.029
	Bienestar psicológico ^b	2099.68	1	2099.68	20.10	.001
	Bienestar social ^c	2088.97	1	2088.97	10.48	.001
Sexo	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	309.71	1	309.71	9.01	.003
	Bienestar psicológico ^b	80.45	1	80.45	.77	.381
	Bienestar social ^c	21.80	1	21.80	.10	.741
Estado civil	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	59.14	3	19.71	.57	.633
	Bienestar psicológico ^b	29.45	3	9.81	.09	.963
	Bienestar social ^c	574.51	3	191.50	.96	.412

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 39

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales y la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad] sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Edad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	10.92	1	10.92	.31	.573
	Bienestar psicológico ^b	21.19	1	21.19	.20	.653
	Bienestar social ^c	475.47	1	475.47	2.38	.124
Religiosidad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	18.82	1	18.82	.54	.460
	Bienestar psicológico ^b	173.42	1	173.42	1.66	.199
	Bienestar social ^c	40.21	1	40.21	.20	.654
Autotrascendencia	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	23.76	1	23.76	.69	.406
	Bienestar psicológico ^b	8450.91	1	8450.91	80.91	.001
	Bienestar social ^c	9247.10	1	9247.10	46.41	.001
Espiritualidad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	17.69	1	17.69	.51	.474
	Bienestar psicológico ^b	227.97	1	227.97	2.18	.141
	Bienestar social ^c	148.86	1	148.86	.74	.388
Error	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	8318.04	242	34.37		
	Bienestar psicológico ^b	25274.47	242	104.44		
	Bienestar social ^c	48210.61	242	199.21		
Total	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9965.27	251			
	Bienestar psicológico ^b	1430535.55	251			
	Bienestar social ^c	1005835.44	251			

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 39

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales y la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad] sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

Origen		SC	gl	CM	F	p
Total corregida	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9034.55	250			
	Bienestar psicológico ^b	36320.49	250			
	Bienestar social ^c	61941.44	250			
a) $R^2= 4.9$		b) $R^2= 28.1$		c) $R^2= 19.6$		
Bootstrap para estimaciones de los parámetros						
Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%		
				Inferior	Superior	
Bienestar físico (consumo de alcohol sensato)	Intersección	8.33	.178	-2.50	21.95	
	Sexo	2.91	.017	.67	5.24	
	Casado	1.58	.044	.20	3.25	
	Separado o divorciado	1.70	.078	-.03	3.61	
	Viudo	2.04	.058	.20	4.23	
	Edad	-.03	.512	-.13	.06	
	Religiosidad	-.11	.399	-.37	.14	
	Autotrascendencia	-.02	.431	-.07	.03	
	Espiritualidad	-.02	.591	-.13	.05	
Bienestar psicológico	Intersección	38.60	.001	16.88	58.28	
	Sexo	1.48	.372	-1.67	4.75	
	Casado	.60	.819	-4.87	5.94	
	Separado o divorciado	-.50	.883	-6.90	6.01	
	Viudo	.48	.849	-5.05	6.03	
	Edad	.04	.637	-.14	.23	
	Religiosidad	-.33	.208	-.82	.22	
	Autotrascendencia	.42	.001	.31	.53	

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 39

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales y la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad] sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Bienestar social	Espiritualidad	.08	.221	-.04	.23
	Intersección	34.76	.013	8.29	62.75
	Sexo	.77	.735	-3.61	5.33
	Casado	5.95	.140	-2.26	13.87
	Separado o divorciado	6.40	.171	-2.85	15.72
	Viudo	4.60	.265	-3.71	12.93
	Edad	-.21	.092	-.45	.03
	Religiosidad	-.16	.705	-.94	.73
	Autotrascendencia	.44	.001	.29	.57
	Espiritualidad	.07	.407	-.10	.24

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación.

Con los datos anteriores se acepta parcialmente la quinta hipótesis del estudio.

Objetivo general

En la tabla 40 se observa el Modelo Lineal General Multivariante para conocer el efecto de los factores personales (edad, sexo y estado civil) y contextuales (religiosidad), la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social), el cual resultó ser significativo para la autotrascendencia (intra e interpersonal) ($F_{(3,238)} = 18.67, p = .001$), los EEV ($F_{(3,238)} = 8.28, p = .001$) y el SOC ($F_{(3,238)} = 18.90, p = .001$).

Se observa que la autotrascendencia (intra e interpersonal) ($\beta = .27, p = .001$), y el SOC ($\beta = .29, p = .001$) tienen un efecto positivo y significativo con el bienestar

psicológico; además los EEV ($\beta = -.39, p = .001$) mostraron un efecto negativo y significativo con el bienestar psicológico. La autotrascendencia (intra e interpersonal) ($\beta = .27, p = .001$), y el SOC ($\beta = .29, p = .001$) tienen un efecto positivo y significativo sobre el bienestar social. No obstante, no observó efecto de las variables del estudio sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ($p > .05$).

Tabla 40

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> del error	<i>p</i>	
Intersección	.88	10.47	3	238.00	.001	
Sexo	.96	3.05	3	238.00	.029	
Estado civil	.97	.82	9	579.38	.595	
Edad	.97	2.37	3	238.00	.070	
Religiosidad	.99	.60	3	238.00	.612	
Autotrascendencia	.80	18.67	3	238.00	.001	
Espiritualidad	.96	2.57	3	238.00	.055	
EEV	.90	8.28	3	238.00	.001	
SOC	.80	18.90	3	238.00	.001	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
Origen		<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	718.71	10	71.87	2.07	.027
	Bienestar psicológico ^b	20960.76	10	2096.07	32.75	.001
	Bienestar social ^c	20771.74	10	2077.17	12.10	.001
Intersección	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	142.35	1	142.35	4.10	.044
	Bienestar psicológico ^b	1732.11	1	1732.11	27.06	.001
	Bienestar social ^c	1632.59	1	1632.59	9.51	.002

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, *p* = significancia observada, *R*² = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia.

Tabla 40

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Sexo	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	307.56	1	307.56	8.87	.003
	Bienestar psicológico ^b	8.96	1	8.96	.14	.708
	Bienestar social ^c	.06	1	.06	.00	.984
Estado civil	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	55.08	3	18.36	.53	.662
	Bienestar psicológico ^b	160.43	3	53.47	.83	.475
	Bienestar social ^c	551.51	3	183.83	1.07	.362
Edad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	12.38	1	12.38	.35	.551
	Bienestar psicológico ^b	111.54	1	111.54	1.74	.188
	Bienestar social ^c	1201.35	1	1201.35	7.00	.001
Religiosidad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	17.73	1	17.73	.51	.475
	Bienestar psicológico ^b	77.18	1	77.18	1.20	.273
	Bienestar social ^c	5.59	1	5.59	.03	.857
Autotrascendencia	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	24.56	1	24.56	.70	.401
	Bienestar psicológico ^b	3187.77	1	3187.77	49.81	.001
	Bienestar social ^c	4239.25	1	4239.25	24.71	.001

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R² = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia.

Tabla 40

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Espiritualidad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	17.81	1	17.81	.51	.474
	Bienestar psicológico ^b	455.58	1	455.58	7.11	.008
	Bienestar social ^c	292.83	1	292.83	1.70	.193
EEV	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	.60	1	.60	.01	.895
	Bienestar psicológico ^b	1597.27	1	1597.27	24.95	.001
	Bienestar social ^c	854.25	1	854.25	4.98	.027
SOC	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	2.19	1	2.19	.06	.801
	Bienestar psicológico ^b	3567.35	1	3567.35	55.74	.001
	Bienestar social ^c	2925.79	1	2925.79	17.05	.001
Error	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	8315.83	240	34.64		
	Bienestar psicológico ^b	15359.73	240	63.99		
	Bienestar social ^c	41169.69	240	171.54		
Total	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9965.27	251			
	Bienestar psicológico ^b	1430535.55	251			
	Bienestar social ^c	1005835.44	251			

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM= Cuadrado Medio, p = significancia observada, R² = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia.

Tabla 40

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Total corregida	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9034.55	250			
	Bienestar psicológico ^b	36320.49	250			
	Bienestar social ^c	61941.44	250			
a) $R^2= 4.1$		b) $R^2= 55.9$		c) $R^2= 30.8$		
Bootstrap para estimaciones de los parámetros						
Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%		
				Inferior	Superior	
Bienestar físico (consumo de alcohol sensato)	Intersección	8.02	.141	-2.68	18.74	
	Sexo	2.91	.003	.98	4.83	
	Casado	1.51	.331	-1.55	4.58	
	Separado o divorciado	1.68	.367	-1.98	5.34	
	Viudo	1.98	.213	-1.14	5.10	
	Edad	-.03	.551	-.14	.07	
	Religiosidad	-.10	.475	-.40	.18	
	Autotrascendencia	-.02	.401	-.08	.03	
	Espiritualidad	-.02	.474	-.09	.04	
	EEV	.00	.895	-.10	.12	
	SOC	.00	.801	-.05	.06	
Bienestar psicológico	Intersección	38.24	.001	23.67	52.80	
	Sexo	.49	.708	-2.12	3.11	
	Casado	-2.10	.320	-6.27	2.06	
	Separado o divorciado	.28	.911	-4.69	5.26	
	Viudo	-1.72	.424	-5.98	2.52	
	Edad	-.10	.188	-.25	.05	
	Religiosidad	-.22	.273	-.62	.17	
	Autotrascendencia	.27	.001	.19	.34	
	Espiritualidad	.12	.008	.03	.21	

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia.

Tabla 40

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Bienestar social	EEV	-.39	.001	-.54	-.23
	SOC	.29	.001	.21	.37
	Intersección	33.27	.006	9.42	57.11
	Sexo	-.04	.984	-4.32	4.24
	Casado	3.50	.313	-3.32	10.32
	Separado o divorciado	6.93	.095	-1.22	15.09
	Viudo	2.57	.466	-4.38	9.53
	Edad	-.34	.009	-.59	-.08
	Religiosidad	-.06	.857	-.71	.59
	Autotrascendencia	.31	.001	.18	.43
	Espiritualidad	.10	.193	-.05	.25
	EEV	-.28	.027	-.54	-.03
	SOC	.26	.001	.14	.39

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia.

En la tabla 41 se observa el Modelo Lineal General Multivariante final para las variables predictoras del bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, el cual resultó ser significativo para la autotrascendencia ($F_{(3,238)} = 19.64$, $p = .001$), los EEV ($F_{(3,238)} = 8.61$, $p = .001$) y el SOC ($F_{(3,238)} = 17.99$, $p = .001$). Dicho modelo indica que los EEV, la autotrascendencia, la espiritualidad y el SOC explican el 1.9% del bienestar físico (consumo de alcohol), el 56% del bienestar psicológico y el 28.9% del bienestar social.

La autotrascendencia (intra e interpersonal) ($\beta = .27$, $p = .001$) y el SOC

($\beta = .28$, $p = .001$) tuvieron un efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico, además, los EEV tuvieron un efecto negativo y significativo con el bienestar psicológico. La autotrascendencia (intra e interpersonal) ($\beta = .32$, $p = .001$) y el SOC ($\beta = .23$, $p = .001$) tuvieron un efecto positivo y significativo con el bienestar social. No obstante, no observó efecto de las variables del estudio sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) ($p > .05$).

Tabla 41

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> del error	<i>p</i>	
Intersección	.83	15.55	3	244.00	.001	
Autotrascendencia	.80	19.64	3	244.00	.001	
Espiritualidad	.94	5.17	3	244.00	.002	
EEV	.90	8.61	3	244.00	.001	
SOC	.81	17.99	3	244.00	.001	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
Origen		<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	311.39	4	77.84	2.19	.070
	Bienestar psicológico ^b	20595.92	4	5148.98	80.55	.001
	Bienestar social ^c	18625.94	4	4656.48	26.44	.001
Intersección	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	168.24	1	168.24	4.74	.030
	Bienestar psicológico ^b	2612.52	1	2612.52	40.87	.001
	Bienestar social ^c	431.58	1	431.58	2.45	.119

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = Cuadrado Medio, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia.

Tabla 41

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Autotrascendencia	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	8.70	1	8.70	.24	.621
	Bienestar psicológico ^b	3405.19	1	3405.19	53.27	.001
	Bienestar social ^c	4605.40	1	4605.40	26.15	.001
Espiritualidad	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	217.47	1	217.47	6.13	.014
	Bienestar psicológico ^b	473.85	1	473.85	7.41	.007
	Bienestar social ^c	786.42	1	786.42	4.46	.036
EEV	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	.53	1	.53	.01	.903
	Bienestar psicológico ^b	1661.26	1	1661.26	25.98	.001
	Bienestar social ^c	868.33	1	868.33	4.93	.027
SOC	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	10.95	1	10.95	.30	.579
	Bienestar psicológico ^b	3437.21	1	3437.21	53.77	.001
	Bienestar social ^c	2391.70	1	2391.70	13.58	.001
Error	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	8723.16	246	35.46		
	Bienestar psicológico ^b	15724.57	246	63.92		
	Bienestar social ^c	43315.49	246	176.07		

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R² = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia.

Tabla 41

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de los factores personales y contextuales, la autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad], los EEV y el SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social, continuación...

	Origen	SC	gl	CM	F	p
Total	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9965.27	251			
	Bienestar psicológico ^b	1430535.55	251			
	Bienestar social ^c	1005835.44	251			
Total corregida	Bienestar físico (consumo de alcohol sensato) ^a	9034.55	250			
	Bienestar psicológico ^b	36320.49	250			
	Bienestar social ^c	61941.44	250			
a) $R^2= 1.9$		b) $R^2= 56.0$		c) $R^2= 28.9$		
Bootstrap para estimaciones de los parámetros						
Variable dependiente	Parámetro	β	p	Intervalo de confianza al 95%		
				Inferior	Superior	
Bienestar físico (consumo de alcohol sensato)	Intersección	7.03	.151	-.886	17.75	
	Autotrascendencia	-.01	.667	-.07	.04	
	Espiritualidad	-.06	.083	-.15	-.00	
	EEV	.00	.872	-.07	.08	
	SOC	.01	.604	-.04	.07	
Bienestar psicológico	Intersección	27.73	.001	16.93	37.04	
	Autotrascendencia	.27	.001	.20	.35	
	Espiritualidad	.09	.031	.01	.18	
	EEV	-.39	.001	-.58	-.22	
	SOC	.28	.001	.20	.35	
Bienestar social	Intersección	11.27	.149	-3.98	27.10	
	Autotrascendencia	.32	.001	.18	.45	
	Espiritualidad	.11	.079	-.01	.24	
	EEV	-.28	.055	-.59	-.00	
	SOC	.23	.001	.11	.34	

Nota: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, EEV = Eventos Estresantes de la Vida, SOC = Sentido de Coherencia.

En la figura 4 se pudo comprobar que la autotrascendencia (intra e interpersonal) explican el bienestar psicológico y social. La autotrascendencia transpersonal (espiritualidad) no explicó el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social. Los EEV explicaron negativamente el bienestar psicológico. Finalmente, el SOC explica el bienestar psicológico y social.

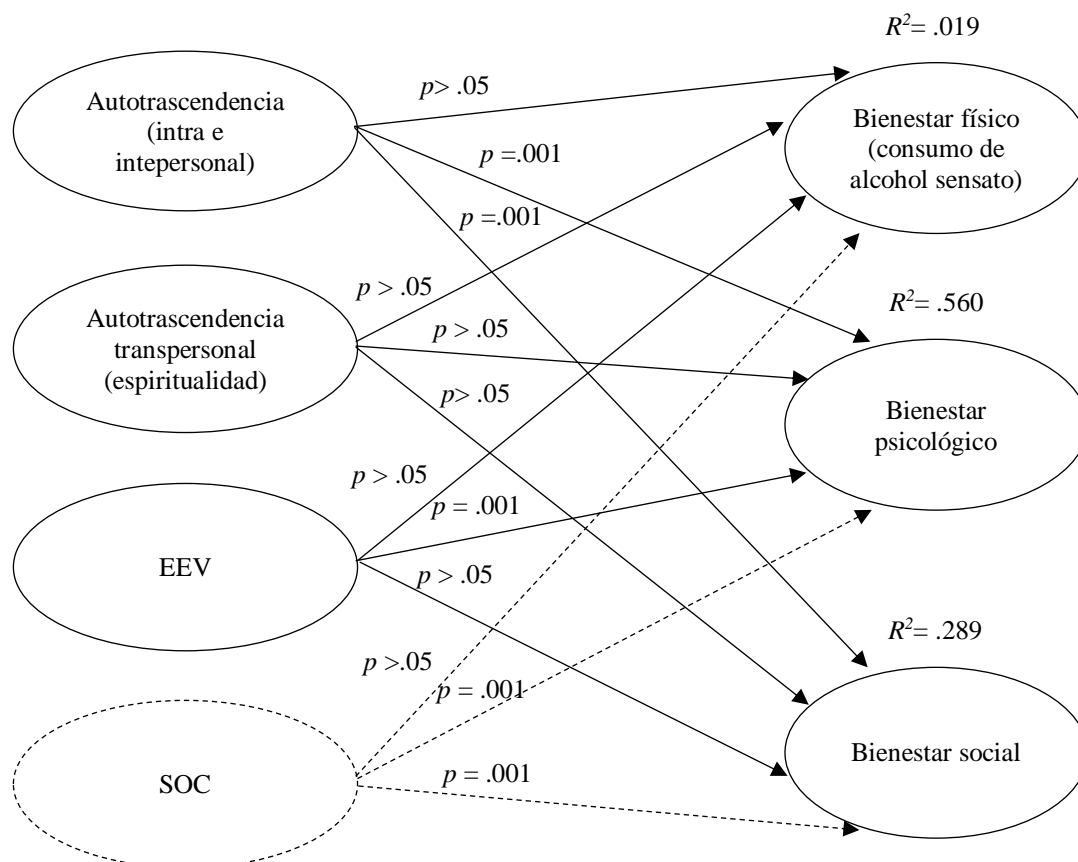


Figura 4 Comprobación del Modelo Explicativo de Vulnerabilidad, Autotrascendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]), SOC y Bienestar (físico [consumo de alcohol sensato], psicológico y social en AM que consumen y no consumen alcohol y drogas médicas.

Capítulo IV

Discusión

El perfil sociodemográfico de los AM mostró que la mayor proporción pertenecía al sexo femenino, la escolaridad fue de nivel primaria y en su mayoría estaban casados. Dichas características son comunes en la población AM de México debido a que la esperanza de vida de las mujeres suele ser mayor en comparación con los hombres; además la mayor parte de la población de 60 años o más suele contar con una pareja (INEGI, 2015, 2019a). En relación con la escolaridad que esta población alcanza es de apenas 6 años, lo que indica que lograron concluir la primaria; esto se debe a que la expansión del sistema educativo no beneficio a esta población, por lo cual el nivel educativo tiende a ser bajo (INEGI, 2019b; Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2015). Respecto a los porcentajes de más mujeres es probable se deba a una mayor participación de AM en grupos sociales, religiosos y recreativos en comparación con los hombres AM.

En cuanto a la ocupación es su mayoría se dedicaba al hogar y un bajo porcentaje contaba con una pensión. En México solo una tercera parte de los AM trabaja para el mercado laboral formal y la mayor parte se dedica a los quehaceres domésticos; por lo cual solo un pequeño porcentaje cuenta con una pensión (INMUJERES, 2015). La baja cobertura del sistema de pensiones es generada por un esquema contributivo de seguridad social vinculado directamente a la condición laboral del individuo y que beneficia al sector formal de la economía, dejando fuera a las personas del sector informal y desempleadas. Por lo cual los AM que tienen acceso a una pensión es pequeña, con marcadas diferencias entre hombres y mujeres, de las cuales solo un pequeño porcentaje de mujeres esta pensionada o recibe una pensión por viudez (INEGI, 2019b; INMUJERES, 2015).

Esta diferencia puede deberse a que en el pasado el sexo masculino solía tener mayor actividad económica en el sector formal, dado la responsabilidad permanente del

sostenimiento de la familia; en cambio las trayectorias laborales femeninas generalmente eran cortas e interrumpidas debido a los eventos reproductivos y a la responsabilidad que era depositada en ellas para cubrir las necesidades de cuidado de los hijos y otros familiares enfermos y el trabajo doméstico en los hogares; lo cual representó un obstáculo para la participación femenina en el mercado laboral formal y la oportunidad de obtener una pensión en el futuro (INEGI, 2018, 2019b; INMUJERES, 2015).

En cuanto a la religión la mayor parte de los AM se identificó como católico; en México la población mayor de 18 años pertenece a cuatro grupos de adscripción religiosa: 1) católicos, 2) evangélicos (protestantes y pentecostales), 3) bíblicos o paraprotestantes (testigos de Jehová, adventistas y mormones) y 4) sin religión (Red de Investigadores del Fenómeno Religioso en México [RIFREM], 2016). En las últimas décadas la población mexicana ha experimentado una “movilidad religiosa” lo cual ha llevado a la población a un cambio de religión o adoptar otro credo; sin embargo, a pesar de ello, la religión católica continúa siendo la de mayor presencia numérica y con una distribución territorial más extensa (Camargo, 2019; INEGI, 2011; RIFREM, 2016).

En relación con el consumo de alcohol solo la cuarta parte de los AM mencionó consumirlo actualmente, la cantidad de bebidas consumidas en un día típico fue de 1.67 bebidas y la mayor proporción fueron clasificados consumidores sensatos; similar a los reportado por Guimaraes et al. (2014), Yi et al. (2016), Tevik, et al. (2017) y Alonso et al. (2008). Además, en cuanto a las prevalencias del consumo de alcohol se observó una disminución de estas a través del tiempo, similar a Yi et al. (2016). Debido al envejecimiento existe una reducción de la masa corporal magra y un aumento del tejido adiposo, que resulta en la reducción del volumen del agua corporal y del volumen de distribución de la sustancia, por lo que una dosis idéntica consumida por un individuo más joven produciría una mayor concentración de alcohol en sangre en el AM (Barry & Blow, 2016; National Institute of Aging [NIA], 2017; NIAAA, 2017).

Por lo anterior el AM probablemente limita su consumo con el fin de evitar sus efectos adversos como la intoxicación, la pérdida del equilibrio, coordinación y confusión, que puede aumentar el riesgo de presentar caídas u otras lesiones no intencionales e incluso la muerte. Además, en su mayoría los AM presentan enfermedades crónicas y síndromes geriátricos que requieren el consumo de medicamentos de venta libre o de prescripción médica por lo cual es probable se limite su consumo para evitar los efectos adversos del consumo combinado de estas sustancias (American Addiction Centers, 2020; Dufour, Archer, & Gordis, 1992, Rigler, 2000).

La edad de inicio de consumo de alcohol fue 27.3 años ($Mdn = 20.5$, $DE = 15.4$); lo anterior puede explicarse dado que en el pasado el consumo de alcohol en el sexo masculino ocurría en edades más tardías, posiblemente porque existía menor distribución de la sustancia y existía un respeto a los padres de familia, por ello el consumo iniciaba después de cumplir la mayoría de edad, dado que el consumo se reconocía como perder el respeto a sus mayores. Además, el consumo de alcohol desde el pasado, se le relaciona con la superioridad, la seguridad y la virilidad, así como signo de reafirmación de su masculinidad, por lo cual los hombres tienden a consumir más alcohol en frecuencia y cantidad en comparación con las mujeres; quienes experimentan un mayor control social que se relaciona con el rol sociocultural femenino que en el pasado era percibido de forma negativa, por lo que su consumo era limitado contrario a lo que ocurre en las mujeres jóvenes en la actualidad (Alonso & Liria, 2018; Secretaría de Salud, 2009; Chávez-Ayala, Rivera-Rivera, Leyva-López, Sánchez-Estrada, & Lazcano-Ponce, 2013).

En relación con el consumo de drogas médicas solo un porcentaje de los AM reportó consumirlas, de los cuales en su mayoría obtenían estas drogas a través de los servicios de salud, esto es similar a lo reportado por Mendoza-Meléndez et al. (2015), Tevik et al. (2019) y Mauro et al., (2015). Esto puede deberse a que, en México este tipo de drogas solo pueden obtenerse en las unidades de salud o en las farmacias a través de

una prescripción médica, que regula su consumo y asegura que serán utilizadas con un fin racional (Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios [COFEPRIS], 2017). Su uso limitado de estas puede deberse, además al temor del AM a sus efectos secundarios experimentados en conjunto con otras drogas o medicamentos consumidos ya que en esta etapa es normal el consumo de más de un medicamento de venta libre para el control de diversas enfermedades crónicas y degenerativas por ello se limita el consumo de droga médicas (NIA, 2019; Ramírez, Hernández, & Medina, 2015).

En cuanto al consumo combinado de alcohol y drogas médicas solo un pequeño porcentaje mencionó realizar esta práctica, similar a lo reportado por Wolf et al. (2017). Esto puede responderse en razón de que el consumo combinado de estas sustancias puede dar lugar a interacciones farmacológicas que pueden alterar su metabolismo o intensificar sus efectos adversos, que son percibidos o sentidos por los AM, con la presencia de náuseas, vómitos, dolores de cabeza, sueño, somnolencia, pérdida de coordinación, lo cual puede provocar caídas y lesiones graves. Además, este consumo combinado puede colocar al AM en riesgo de hemorragia interna, problemas cardíacos y dificultades para respirar, que puede ser peligroso e incluso mortal, por lo cual es probable que el AM evite el consumo combinado de estas sustancias (NIAAA, 1999, 2014, 2017).

Las drogas médicas más utilizadas por lo AM fueron benzodiacepinas y antidepresivos, similar a Aubron, Camus, Bouazzaoui, Pélioso y Michel (2010), Quevedo-Tejero et al., (2016). En cuanto a las prevalencias del consumo de drogas médicas, estas no variaron a través del tiempo. Entre los múltiples problemas de salud que afectan al AM se encuentran el estrés, la depresión, la ansiedad, las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos, que tienen repercusiones negativas en su salud, por lo que es común que su tratamiento de incluya el consumo de drogas médicas a largo plazo. (Agostini-Zampieron, Aybar-Maino, Heit-Barbini, Arca-Fabre, & Mónaco-Ditieri, 2015; Cano-Guitierrez, Samper-Ternent, Cabrera, & Rosselli, 2016; Ogawa et

al. 2019; OMS, 2012; Peralta-Pedrero et al. 2013; Rojas-Jara, Calquin, González, Santander, & Vásquez, 2019; Salech, Palma, & Garrido, 2016).

En relación con el primer objetivo específico se observó que los EEV más experimentados en los AM de forma general y en ambos sexos fueron tanto la pérdida de la salud del AM o de algún familiar, así como la pérdida de la memoria, del estado financiero y el no poder realizar actividades que disfrutaba, similar a lo reportado por Alonso et al. (2008), Lim et al. (2015), Pinheiro et al. (2011), Rubio et al., (2016). La vejez se caracteriza por ser una etapa de cambios en la que se generan numerosas e importantes pérdidas a nivel físico, psicológico y social y al no contar con el apoyo de personas significativas, el AM tiene dificultades para enfrentar estos eventos, los cuales, a largo plazo se convierten en fuente de estrés que puede afectar su salud y bienestar (Gamo & Pazos, 2009; Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2018; Sandoval, García, & Luis, 2019; Rivera-Ledesma, & Lena, 2008).

Los resultados del segundo objetivo específico mostraron diferencias en las prevalencias de consumo de alcohol por sexo, en el cual los hombres mostraron mayor frecuencia de consumo en comparación con las mujeres, similar a lo reportado por Ruiz-Juan, Isorna-Folgar, Vaquero-Cristóbal, & Ruiz-Risueño (2016) y Guimaraes et al. (2014). Esto puede deberse a que las premisas socioculturales indican y aceptan por su rol masculino el consumo de alcohol en varones y limitan el consumo de alcohol en las mujeres. Así mismo los hombres metabolizan el alcohol de forma diferente que las mujeres debido a su estructura corporal ya que tienen mayor masa magra corporal y una menor proporción de grasa corporal y además tienen mayor expresión de la enzima acetaldehído deshidrogenasa en la mucosa gástrica, por lo que absorben menor cantidad y su metabolismo y eliminación son más rápidos, por lo cual sus efectos inmediatos ocurren más lento en comparación con los mujeres, por ello las hombres tienen a consumir mayores cantidades de alcohol que las mujeres (NIAAA, 1999-2019; Centers for Disease Control and Prevention, [CDCP], 2019).

Respecto al tercer objetivo específico se observaron diferencias en los tipos de consumo de alcohol por sexo, las mujeres tuvieron mayor proporción en la categoría de consumo sensato y los hombres en el consumo de riesgo y consumo abusivo, esto es similar a los estudios realizados por Alonso et al. (2008), Formento et al. (2007); Sacco et al. (2014), Stanca et al. (2017). Estas diferencias pueden explicarse a través de las normas de género (masculinidad y feminidad) con las que creció esta generación y que continuaron hasta esta etapa de la vida, donde se continúa ejerciendo mayor control social en las mujeres AM, por lo cual su consumo suele ser menor en comparación con los hombres (Cyders et al., 2016; Patró-Hernández, Robles, & Limiñana-Gras, 2019; Sacco et al., 2014).

En relación con la diferencia del consumo de drogas médicas por sexo no se encontró diferencia significativa, este resultado es similar a lo reportado por Guimaraes et al. (2014) y diferente a lo reportado por Alonso et al. (2008). Esto puede explicarse en razón de que en la tercera edad es común que el AM experimente EEV que se relacionan con el desarrollo de una variedad de problemas de salud como la ansiedad, el insomnio y la depresión, por lo que es común que el tratamiento de estas incluya el consumo de drogas médicas como las benzodiacepinas y los antidepresivos; por lo cual su consumo tiende a no variar entre hombres y mujeres, además este consumo fue bajo prescripción médica (Alonso et al., 2008; Moos et al., 2006, Rubio, Dumitrache, & Cordon-Pozo, 2018; Vázquez, Suarez, Berríos, & Panadero, 2019).

Los resultados del cuarto objetivo específico mostraron diferencia significativa por sexo en los puntajes de espiritualidad y religiosidad, las mujeres AM obtuvieron medias y medianas más elevadas que los hombres. Lo anterior puede deberse a que las mujeres en comparación con los hombres suelen estar más involucradas e interesadas en las prácticas espirituales y religiosas como asistir a la iglesia, expresar su fe en Dios o un ser superior, rezar, orar, mirar programas de televisión y creen en la vida después de la muerte, debido a la construcción social que asocia estas prácticas con la feminidad.

En cambio, los hombres tienden a limitar su participación en este tipo de actividades y perciben los aspectos espirituales más propios de las mujeres (Acevedo & González, 2014; Bracamonte, 2014; Robinson, Hanson, Hayward, & Lorimer, 2019).

También, se observó diferencia significativa en el índice de SOC por sexo, en el cual los hombres AM obtuvieron medias y medianas más elevadas que las mujeres. Esta diferencia puede explicarse en razón de que los hombres tienden a responder al estrés de manera menos emocional en comparación con las mujeres, debido a los roles de género que en el pasado dictaban que los varones no debían de mostrar sus emociones y sentimientos. Por lo que probablemente ellos tienden a ver la realidad de forma más objetiva y concreta y les ha permitido desarrollar la sensación de que los eventos que experimentan ocurren por una razón, que cuentan con los recursos para afrontarlos y que estos son dignos de inversión; por lo tanto, se observan índices más altos en los hombres que en las mujeres (Antonovsky, 1987; Carmel, Anson, Levenson, Bonne, & Maoz, 1991; Kimhi, 2015; Volanen, Lahelma, Silventoinen, & Suominen, 2004).

Además de lo anterior los resultados no mostraron diferencia significativa en los puntajes de autotranscendencia por sexo. Esto puede deberse a que quizás los EEV que han experimentados los AM en los últimos 12 meses han tenido un impacto similar lo cual ha permitido que ambos desarrollen la expansión de sus autolímites intrapersonales, interpersonal y transpersonales (autotranscendencia); por lo cual no se observa diferencia entre los puntajes de hombres y mujeres (Reed, 2018).

En relación con la primera hipótesis del estudio se observó un efecto negativo entre los EEV y la autotranscendencia (intra e interpersonal), similar al estudio de Norberg et al. (2015) y diferente al de Kim (2015) y Kim y Lee (2013) ambos realizados en AM de Japón. Lo anterior puede explicarse en razón de que durante el envejecimiento, la experiencia repetida a los EEV puede modificar la capacidad del AM para expandir sus autolímites (intra, interpersonales y transpersonales); por lo que se reduce su habilidad para responder y recuperarse de los efectos de dichos eventos,

contrario a lo establecido por la teoría de Reed (Banjongrewadee, 2020; de Frias & Whyne, 2015; Gómez-Gallego & Gómez-García, 2018; Harvard Medical School, 2016; Lavretsky & Newhouse, 2012; Reed, 2014; Uddi, Kabir, & Islam, 2019).

Además, los EEV no mostraron efecto sobre la autotranscendencia transpersonal (espiritualidad), lo que difiere a los estudios de Delgado (2007) en AM de Estados Unidos y Whitehead y Bergeman (2011) en AM de Francia. Esto puede deberse a que a pesar de que durante la tercera edad el AM está más involucrado con su relación con Dios o un ser superior, este experimenta EEV que aún no han sido resueltos y al recordarlos pueden crear sentimientos negativos como la angustia y el miedo, por lo cual no se observa relación entre los EEV y la autotranscendencia transpersonal (espiritualidad) en esta muestra de AM (Heidari, Borujeni, Abyaneh, & Rezaei, 2019; Laird, Curtis, & Morgan, 2017; Taraghi, Lolaty, Mohammadpour, & Abbasabadi, 2017).

En cuanto a la segunda hipótesis la autotranscendencia (intra e interpersonal) no mostró efecto sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato, consumo de drogas médicas con prescripción y el no consumo combinado de ambas sustancias), esto difiere con Haugan et al. (2013). Esto puede deberse a que el impacto de los EEV puede llevar al AM al tener dificultades para alcanzar o mantener el bienestar físico, por lo que aún en la actualidad continúan con ciertos hábitos o comportamientos no saludables como el consumo de alcohol, drogas médicas o el consumo combinado de estas sustancias como una posible respuesta de afrontamiento, por lo que en esta muestra de AM la autotranscendencia no ha influido para reducir o evitar el consumo de estas sustancias (Díaz & Muñoz, 2016; Reed, 2018; Rodríguez-Puente & Alonso-Castillo, 2016).

Así mismo la autotranscendencia transpersonal (espiritualidad) no mostró efecto sobre el consumo de drogas médicas con prescripción y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas; sin embargo, se observó efecto negativo con el consumo de alcohol sensato, esto coincide con Saleem y Sajid (2015). Esto puede deberse a que la conexión con un ser superior o Dios a través de las prácticas espirituales, le proporción

al AM identidad, claridad, sentido y propósito de vida, lo cual contribuye al desarrollo de comportamientos que promueven el bienestar, como la abstinencia o el consumo sensato de alcohol (Churakova, Burlaka, & Parker, 2017; Reed, 2018; Rodríguez et al., 2019; Yáñez-Castillo, Villar-Luis, & Alonso-Castillo, 2018).

Los resultados, además, mostraron efecto positivo entre la autotranscendencia intra e interpersonal y el bienestar psicológico similar a lo reportado por Norberg et al. (2015) y Haugan et al. (2013). Lo anterior puede explicarse a través de lo propuesto por la teoría de la autotranscendencia que menciona que a lo largo de la vida el individuo experimenta eventos los cuales conllevan una serie de cambios, que le permiten reflexionar sobre su persona (filosofía, valores y sueños) y sobre sus pensamientos internos y su relación con el entorno; por lo que tienden alcanzar con mayor facilidad el bienestar psicológico (propósito en su vida, autonomía, crecimiento personal, dominio sobre su propio entorno, relaciones positivas y autoaceptación) (Cachioni et al., 2017; Maher et al., 2017; Reed, 2018; Ryff & Keyes, 1995).

Sin embargo, la dimensión transpersonal (espiritualidad) no mostró efecto sobre el bienestar psicológico, lo cual difiere a los estudios de Jahan y Khan (2014) en AM de la India, Saleem & Sajid (2015) en AM de la India y Thauvoye et al. (2018) en AM de Bélgica. Esto puede deberse a que alcanzar el bienestar psicológico según Ryff (1989) requiere que, del esfuerzo del individuo para perfeccionar su propio potencial, para que la vida adquiera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y búsqueda de metas valiosas; por lo que la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos. Por lo que durante la tercera edad el AM suele estar comprometido con su relación con Dios o un ser superior, puede estar menos enfocado en la búsqueda de metas y desarrollo de talentos, por lo cual no se observa una relación entre ambas variables en el estudio (Mesa-Fernández, Pérez-Padilla, Nunes, & Menéndez, 2019; Ortiz & Castro, 2009).

Así mismo también se observó un efecto positivo y significativo entre la autotranscendencia (intra e interpersonal) con el bienestar social, lo cual concuerda con Lee y Kim (2016) y Runquist y Reed (2007). Esto puede deberse a que la autotranscendencia le permite al individuo mejorar su relación consigo mismo y con los demás y de esta forma mejorar la calidad de sus relaciones, por consecuencia el AM alcanza una sensación de pertenencia a un grupo, un sentimiento de utilidad para aportar algo al mundo aún en esta etapa de vida, confianza en las decisiones que toma la sociedad, así como la capacidad de entender cuál es su papel dentro de su comunidad, que le permite alcanzar el bienestar social (Blanco & Díaz, 2005; Keyes, 1998; Reed, 2018; Waidler, Vanore, Gassmann, & Siegel, 2018).

Nuevamente se observa que la dimensión transpersonal o espiritualidad no tuvo efecto ahora con el bienestar social, lo cual difiere al estudio realizado por Saleem & Sajid (2015) en AM de la India. Este resultado observado es contrario, a lo establecido por la Teoría de Autotranscendencia (Reed, 2018) que indica la existencia de relación entre la autotranscendencia transpersonal y el bienestar social. Por lo que es posible que el instrumento utilizado para evaluar la espiritualidad no sea el apropiado para esta población de AM.

Además, una posible explicación al resultado anterior es que de acuerdo con lo señalado por Tornstam (2003) que indica que el proceso de envejecimiento es propio y dado que se desarrolla en la última etapa de la vida, el individuo está menos preocupado por sí mismo y es más selectivo en sus elecciones sociales. De esta forma se crea en el AM, un sentimiento de mayor afinidad con generaciones pasadas y un menor interés en tener interacciones sociales que pueden parecer superficiales para ellos, buscando más los momentos de aislamiento positivo que buscar e interesarse en relaciones sociales y participación con nuevos grupos, por ello probablemente esto puede estar ocurriendo en esta muestra de AM.

Los resultados de la tercera hipótesis muestran un efecto negativo entre los EEV y el SOC, lo que difiere con los estudios de Sarenmalm et al. (2013) en AM de Estados Unidos, Potier et al. (2018) en AM de Bélgica y Takahashiet al. (2015) en AM de Japón. Esto puede explicarse por la exposición repetida a los EEV que puede provocar efectos adversos en el AM y crear un desgaste, debido a que durante el envejecimiento los cambios en la cognición pueden interferir con el funcionamiento diario, por lo cual la memoria largo plazo disminuye y el aprendizaje para analizar y enfrentar dichos eventos puede requerir más tiempo. Lo anterior puede alterar su capacidad para visualizar el mundo y su habilidad para distinguir y seleccionar los recursos internos y los que tiene a su disposición; por lo cual tiene dificultades para manejar de forma efectiva los EEV, en este sentido el SOC se comportó igual que la autotrascendencia (American Psychological Association, 2017; Helvik et al., 2014; Jueng, Tsai, & Chen, 2016; Koelen, Eriksson, & Cattani, 2017; Mc Gee, Holtge, Maercker, & Thoma, 2018; Possebon, Martins, Danigno, Langlois, & Silva, 2017).

En cuanto a la cuarta hipótesis del estudio que habla sobre el efecto del SOC sobre el bienestar físico (consumo de alcohol sensato, consumo de drogas médicas con prescripción y no consumo combinado de ambas); los resultados mostraron que el SOC solo tuvo efecto negativo con el consumo de drogas médicas con prescripción, similar a lo reportado por Helvik et al. (2014). Esto puede responderse a través de la visión salutogénica la cual menciona que algunos individuos pueden beneficiarse de los efectos a la exposición de los EEV, al visualizar el mundo como menos amenazador y al hacer uso de sus recursos internos y aquellos que están a su disposición y de este modo evitar comportamientos poco saludables como el consumo de drogas médicas con prescripción (Forbech et al., 2017; Koushede et al., 2011; Koushede & Holstein, 2009).

Sin embargo, es importante mencionar que existen individuos que reaccionan de forma negativa a la experiencia de los EEV y al no ajustarse a los cambios que estos demandan, pueden sentirse fatigados, incapaces de concentrarse o irritables, presionados

y sobre exigidos, por lo que optan por medidas poco saludables para afrontarlos como el consumo de alcohol o el consumo combinado de alcohol y drogas médicas, sin embargo, estas prácticas tienen consecuencias negativas en su salud y bienestar (Anthenelli, & Grandison, 2012; McGrath, Jones, & Field, 2016; NIAA, 2012 National Institute of Mental Health, [NIMH], 2019; Yoon & Hae-Joon, 2016).

En el presente estudio también se observó que el SOC tuvo un efecto positivo con el bienestar psicológico, similar a lo reportado por Drageset et al. (2008), Helvik et al. (2014) y Zielinska-Wieczkowska et al. (2012). El Modelo Salutogénico argumenta que el SOC es un factor importante en el ajuste psicológico al estrés; durante la vejez el AM experimenta una serie de cambios, que pueden ser potencialmente estresantes. El SOC es un recurso desarrolla su habilidad para comprender los eventos (internos y externos) en esta nueva etapa y de este modo lo preparan para enfrentarlos de manera efectiva, para alcanzar o mantener el bienestar psicológico proporcionándole una sensación de seguridad, tranquilidad y libertad (del-Pino-Casado, Espinosa-Medina, Lopez-Martinez, & Orgeta, 2019; Lundstrom, Jormfeldt, Ahlstrom, & Skarsater, 2019; Mato, & Tsukasaki, 2019, OMS, 2017b).

Así mismo los resultados mostraron un efecto positivo entre el SOC y el bienestar social similar a los estudios realizados por Drageset et al. (2008) y Zielinska-Wieczkowska et al. (2012). La visión salutogénica postula que las personas con un alto puntaje de SOC utilizan de manera exitosa y consistente los recursos a su disposición y al aprovecharlos son más capaces de lidiar con los problemas de forma más efectiva y tienen la capacidad de aceptar y recibir el apoyo de otros; de este modo el individuo desarrolla la capacidad de establecer redes humanas y mantener un sentido básico de confianza en las relaciones interpersonales y alcanzar el bienestar social (Hassan, Ventevogel, Jefee-Bahloul, Barkil-Oteo, & Kirmayer, 2016; Lundstrom et al., 2019; Mato, & Tsukasaki, 2019; Pasek, Debska, & Wojtyna, 2017).

En relación con la quinta hipótesis, los resultados mostraron que la edad, el sexo y el estado civil (factores personales) y la religiosidad (factores contextuales) no moderaron la relación entre los EEV y la autotrascendencia (intra, interpersonal). Así mismo, la edad, el sexo y el estado civil (factores personales) no moderaron la relación entre los EEV y la autotrascendencia transpersonal (espiritualidad). Además, la edad, el sexo y el estado civil (factores personales) y la religiosidad (factores contextuales) no moderaron la relación entre los EEV y el bienestar (físico [consumo de alcohol sensato], psicológico y social). Lo anterior puede explicarse a través de las características de los AM del estudio ya que la media de la edad fue de 71.2 años ($DE = 6.9$), en su mayoría estaban casados y pertenecían al sexo femenino. Así mismo, las mujeres obtuvieron medias y medianas más altas en los índices de religiosidad en comparación con los hombres; por lo que es probable que exista poca variabilidad entre los participantes.

No obstante, la religiosidad (factores personales) mostró un efecto moderador en la relación entre los EEV y la autotrascendencia transpersonal (espiritualidad). Lo anterior puede responderse en razón de que durante la tercera edad la experiencia continua a los EEV lleva al AM a realizar ajustes o cambios en su vida diaria; por lo que es común que el AM haga uso de diversos recursos religiosos como las practicas, ceremonias y documentos, los cuales le permiten incrementar o fortalecer su relación con un ser superior o Dios y al mismo tiempo incrementar su capacidad para hacer frente a los EEV (Le & Snodgrass, 2019; Lerman et al., 2018; Oates, 2016).

En cuanto al objetivo general del estudio ninguna de las variables predijo el bienestar físico (consumo de alcohol sensato). Esto puede deberse a que los AM del presente estudio evitan el consumo de alcohol por los cambios que han estado experimentando durante el envejecimiento, como la reducción de la tolerancia del cuerpo al alcohol y el aumento de sus efectos secundarios; por lo que no se observa efecto de las variables del estudio sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) (NIAAA, 1999-2019; Centers for Disease Control and Prevention, [CDCP], 2019).

No obstante, la autotrascendencia (intra e interpersonal) y el SOC predijeron de forma positiva el bienestar psicológico y social. Esto puede explicarse a través de lo propuesto por Reed (2018) quien menciona que la autotrascendencia le permite al AM expandir sus autolímites y de este modo alcanzar una sensación de seguridad, que a su vez le permite mejorar sus relaciones intrapersonales y de este modo alcanzar el bienestar psicológico y social. Así mismo la visión salutogénica desarrollada por Antonovsky (1986) postula que el SOC le permite al individuo desarrollar su habilidad para comprender los eventos (internos y externos) en esta nueva etapa y de este modo lo desarrollar su capacidad para enfrentarlos de manera efectiva, así mismo le permite incrementar su confianza en la ayuda que es ofrecida por los demás y de este modo alcanzar o mantener el bienestar psicológico y social.

Adicionalmente los EEV predijeron de forma negativa el bienestar psicológico. Esto puede deberse a que la experiencia repetida de los EEV puede crear un desgaste en el individuo y crear una sensación de inseguridad e intranquilidad que reduce la habilidad de individuo para hacer frente a los EEV; lo anterior puede impedir que el AM alcance o mantenga el bienestar psicológico (Blanco & Díaz, 2005; Keyes, 1998; Reed, 2018; Waidler, Vanore, Gassmann, & Siegel, 2018; Wersebe, Lieb, Meyer, Hofer, & Gloster, 2018).

Conclusiones

Los EEV más experimentados por los AM del sexo masculino fueron el deterioro de la memoria, la presencia de una lesión o enfermedad, el no poder realizar actividades que disfrutaba mucho, la alteración en la salud o en la conducta en algún miembro en la familia, el deterioro del estado financiero, la muerte de algún miembro cercano a su familia, la muerte de un amigo(a), el divorcio o separación marital de un hijo(a), los problemas en la relación con un hijo(a), el deterioro en las condiciones de vida.

Los EEV más experimentados por los AM del sexo femenino fueron la presencia de una lesión o enfermedad, el deterioro de la memoria, la alteración en la salud o en la conducta en algún miembro en la familia, el no poder realizar actividades que disfrutaba mucho, el deterioro del estado financiero, la muerte de algún miembro cercano a su familia, el deterioro en las condiciones de vida, los problemas en la relación con un hijo(a), el divorcio o separación marital de un hijo(a) y la muerte de un amigo(a).

Existen diferencias en las prevalencias alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana de consumo de alcohol de acuerdo con el sexo; los hombres mostraron mayores prevalencias de consumo en comparación con las mujeres.

Se observaron diferencias en los tipos de consumo de alcohol en cuanto al sexo, las mujeres fueron clasificadas en mayor proporción en la categoría de consumo sensato y los hombres en la categoría de consumo abusivo. No obstante, no se observó diferencia significativa en el consumo de drogas médicas en cuanto al sexo.

Se observó diferencia significativa en los índices de espiritualidad y religiosidad de acuerdo con el sexo; las mujeres tuvieron medias y medianas más altas en comparación con los hombres.

Se observó diferencia significativa en los índices de SOC por sexo, los hombres tienen medias y medianas más altas en comparación con las mujeres.

No se observó diferencia significativa en el índice de autotranscendencia por sexo.

Los EEV se relacionan de forma negativa y significativa con la autotranscendencia (intra e interpersonal). Los EEV tienen un efecto negativo y significativo sobre la autotranscendencia (intra e interpersonal).

No se observó relación y efecto de los EEV sobre la espiritualidad (autotranscendencia transpersonal).

No se encontró relación entre la autotranscendencia (intra e interpersonal) y el consumo de alcohol sensato y el consumo de drogas médicas con prescripción.

Existe relación negativa y significativa entre la autotrascendencia (intra e interpersonal) y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas.

Existe relación positiva y significativa entre la autotrascendencia (intra e interpersonal) con el bienestar psicológico y social en los AM.

Existe relación negativa y significativa entre la espiritualidad (autotrascendencia transpersonal) y el consumo de alcohol sensato y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas. No se observó relación significativa entre la espiritualidad (autotrascendencia transpersonal) y el consumo de drogas médicas con prescripción.

Existe relación entre la espiritualidad (autotrascendencia transpersonal) y el bienestar psicológico y social.

La autotrascendencia (intra e interpersonal y transpersonal [espiritualidad]) no tiene efecto sobre el consumo de alcohol sensato, el consumo de drogas médicas con prescripción y el no consumo combinado de alcohol y de drogas médicas.

La autotrascendencia (intra e interpersonal) tiene efecto significativo con el bienestar psicológico y social. La espiritualidad (autotrascendencia transpersonal) no tiene efecto sobre el bienestar psicológico y social.

Los EEV se relacionan de forma negativa y significativa con el SOC. Los EEV tiene un efecto negativo y significativo sobre el SOC.

El SOC se relaciona de forma negativa y significativa con el consumo de drogas médicas con prescripción. El SOC no se relaciona con el consumo de alcohol sensato y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas.

El SOC se relaciona de forma positiva y significativa con el bienestar psicológico y social.

EL SOC no tiene efecto con el consumo de alcohol sensato, el consumo de drogas médicas con prescripción y el no consumo combinado de alcohol y drogas médicas.

El SOC tiene efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico y social.

Los factores personales (edad, sexo y estado civil) y contextuales no mostraron efecto moderador en la relación entre los EEV y la autotranscendencia (intra e interpersonal).

Los factores personales (edad, sexo y estado civil) y contextuales no mostraron efecto moderador en la relación entre los EEV y la autotranscendencia transpersonal [espiritualidad]). No obstante, los factores contextuales (religiosidad) mostraron un efecto moderador en la relación entre los EEV y la autotranscendencia (intra, inter y transpersonal [espiritualidad]).

Los factores personales (edad, sexo y estado civil) y contextuales (religiosidad) no tuvieron efecto moderador en la relación entre la autotranscendencia intra, inter y transpersonal [espiritualidad]) con el bienestar físico (consumo de alcohol sensato), psicológico y social.

Ninguna de las variables del estudio predijo el bienestar físico (consumo de alcohol sensato).

Las variables predictoras del bienestar psicológico fueron la autotranscendencia (intra e interpersonal) y el SOC.

Las variables predictoras del bienestar social fueron la autotranscendencia (intra e interpersonal) y el SOC.

Recomendaciones

Continuar realizando investigación basada en teoría, como la teoría de la autotranscendencia de Pamela Reed con el fin de continuar aportando conocimiento científico a la disciplina de enfermería.

Continuar con el uso de teorías de otras disciplinas como el Modelo Salutogénico con el fin de dar respuesta a fenómenos de la disciplina de enfermería y para aumentar su cuerpo de conocimientos.

Continuar con el estudio del bienestar en la población AM debido al acelerado incremento de la población en etapa de envejecimiento que se experimenta a nivel

mundial y en México. Continuar indagando el consumo de alcohol y drogas médicas y de otras sustancias en AM.

Replicar el estudio en AM de la comunidad abierta y de otros estratos sociales con el fin de verificar la aplicabilidad de la teoría desarrollada.

Realizar estudios de cohorte cualitativo con el objetivo de conocer el significado de los EEV (vulnerabilidad) y las estrategias empleadas por los AM para hacer frente a dichos eventos.

Elaborar estudios con diseños mixtos, dado que estos permiten tener una comprensión (cualitativa y cuantitativa) más amplia del fenómeno de los EEV y el bienestar (físico, psicológico y social) en los AM.

Sobre el tiempo de las entrevistas destaca la necesidad del AM de ser escuchado, lo cual demanda de mayor tiempo y habilidad por parte de los investigadores para cumplir con el objetivo de las entrevistas, siendo necesario estar familiarizado con los diversos contextos y situaciones que viven los AM.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio destacan la inseguridad que existe en las comunidades por ello se acudió a espacios de tipo social dedicados a los AM para realizar el estudio.

Así mismo el número de instrumentos utilizados y la cantidad ítems dificultó las entrevistas con los AM ya que en ocasiones estos tuvieron dificultades para recordar las opciones de respuesta, por lo que se le proporcionó unas hojas que incluyeran estas para que pudieran recordarlas.

Referencias

- Acevedo, J., & González, J. (2014). No envejecemos igual: la religiosidad y el género en adultos mayores del noreste de México. *Revista Reflexiones*, 93(1), 249-273.
- Agic, B., Mann, R. E., Tuck, A., Ialomiteanu, A. R., Bondy, S. J., & Simich, L. (2015). Gender differences in alcohol use and risk drinking in Ontario ethnic groups. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 14(4), 379-391.
- Agostini-Zampieron, M., Aybar-Maino, J., Heit-Barbini, F., Arca-Fabre, A., & Mónaco-Ditieri, M. C. (2015). Uso de psicofármacos en un grupo de adultos mayores de Rosario, Argentina. *Atención Familiar*, 22(1), 10-13.
- Agrawal, A., Lynskey, M. T., Madden, P. A., Bucholz, K. K., & Heath, A. C. (2007). A latent class analysis of illicit drug abuse/dependence: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction*, 102(1), 94-104.
- Aldwin, C. M. (1990). The Elders Life Stress Inventory: Egocentric and nonegocentric stress. En M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll, & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Series in applied psychology. Stress and coping in later-life families* (pp. 49-69). Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp.
- Alonso, B.A., Paluci, M.H., Alonso, M.M., Guzmán, F.R., & Gómez, M.V. (2008). Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 509-515.
- Alonso, V. F., & Liria, I. C. (2018). Consumo de alcohol y género: diferencias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *NURE Investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(96), 2.
- American Addiction Centers. (2020). The Invisible Epidemic: Senior Citizens and Alcoholism. Recuperado de <https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/elderly>

American Psychological Association. (2018). How stress affects your health.

Recuperado de <https://www.apa.org/helpcenter/stress.aspx>

American Psychological Association. (2017). Older adults' health and age-related changes Reality Versus Myth. Recuperado de

<https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/myth-reality.pdf>

Amit, K., & Litwin, H. (2010). The subjective well-being of immigrants aged 50 and older in Israel. *Social Indicators Research*, 98(1), 89-104.

Andruszkiewicz, A., Basińska, M. A., Felsmann, M., Banaszkiewicz, M., Marzec, A., & Kędziora-Kornatowska, K. (2017). The determinants of coping with pain in chronically ill geriatric patients—the role of a sense of coherence. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 315.

Ang, S. H., Cavanagh, J., Southcombe, A., Bartram, T., Marjoribanks, T., & McNeil, N. (2017). Human resource management, social connectedness and health and well-being of older and retired men: the role of Men's Sheds. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(14), 1986-2016.

Anthenelli, R., & Grandison, L. (2012). Effects of stress on alcohol consumption. *Alcohol Research*, 34(4): 381–382.

Antonovsky, A. (1987). *The Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay wel.* San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-226.

Arévalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113-123.

- Aubron, V., Camus, V., Bouazzaoui, B., Péliissolo, A., & Michel, G. (2010). Psychotropic drug use among the elderly: risk factors involved in long-term use. *Substance Use & Misuse*, 45(7-8), 1050-1059.
- Bae, W., Ik Suh, Y., Ryu, J., & Heo, J. (2017). Physical Activity Levels and Well-Being in Older Adults. *Psychological Reports*, 120(2), 192-205.
- Banjongrewadee, M., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pipanmekaporn, T., Punjasawadwong, Y., & Mueankwan, S. (2020). The role of perceived stress and cognitive function on the relationship between neuroticism and depression among the elderly: a structural equation model approach. *BMC Psychiatry*, 20(1), 25.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1).
- Barros, C., Fortes, A., & Herrera, S. (2003). Situaciones estresantes que afectan al adulto mayor y formas de enfrentarlas. *Revista de Trabajo Social*, 72, 161-167.
- Barry, K. L., & Blow, F. C. (2016). Drinking over the lifespan: Focus on older adults. *Alcohol research: current reviews*, 38(1), 115.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Blow, F. C., Brower, K. J., Schulenberg, J. E., Demo-Dananberg, L. M., Young, J. P., & Beresford, T. P. (1992). The Michigan alcoholism screening test-geriatric version (MAST-G): a new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 372.
- Boeckxstaens, P., Vaes, B., De Sutter, A., Aujoulat, I., Van Pottelbergh, G., Matheï, C., & Degryse, J. M. (2016). A high sense of coherence as protection against adverse health outcomes in patients aged 80 years and older. *The Annals of Family Medicine*, 14(4), 337-343.

- Bracamonte, L. (2014). Catolicismo y condición femenina: representaciones de género sobre la maternidad y la domesticidad en la prensa del suroeste bonaerense argentino a principios del siglo XX. *Secuencia*, (88), 88-108.
- Brito, O. M., Forteza, O. C., Rodríguez, C. I. G., & Brito, L. M. (2016). Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Medimay*, 22(1), 30-41.
- Budhiraja, A., & Midha, P. (2015). Hope and spirituality as portals to subjective well-being among geriatrics. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(2), 175.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2012). Clarificación de los diseños de investigación cuantitativos. En N. Burns & S.K. Grove (Eds), *Investigación en Enfermería* (p. 272). España: Elsevier.
- Cachioni, M., Delfino, L. L., Yassuda, M. S., Batistoni, S. S. T., Melo, R. C. D., & Domínguez, M. A. R. D. C. (2017). Subjective and psychological well-being among elderly participants of a University of the Third Age. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 340-351.
- Camargo, A. (2019). El andar de las creencias. Algunos determinantes de la movilidad religiosa en América Latina. *Frontera Norte*, 31.
- Campesino, M., Belyea, M., & Schwartz, G. (2009). Spirituality and cultural identification among latino and non-latino college students. *Hispanic Health Care International*, 7(2), 1-13.
- Cano-Guitierrez, C., Samper-Ternent, R., Cabrera, J., & Rosselli, D. (2016). Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 419-424.
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonne, D. Y., & Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1089-1096.

- Castañeda-Flores, T., & Guerrero-Castañeda, R. F. (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte*, 10(3).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Excessive Alcohol Use and Risks to Women's Health. Recuperado, V. H. S., Mesquita, A. C., Carvalho, F. S., & Nogueira, D. A. (2014). Quality of life, depressive symptoms and religiosity in elderly adults: a cross-sectional study. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23(3), 648-655.
- Chávez-Ayala, R., Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., Sánchez-Estrada, M., & Lazcano-Ponce, E. (2013). Orientación al rol de género y uso de tabaco y alcohol en jóvenes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 55(1), 43-56.
- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2011a). Heavy/binge drinking and depressive symptoms in older adults: gender differences. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(8), 860-868.
- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2011b). Psychological distress, binge/heavy drinking, and gender differences among older adults. *The American Journal on Addictions*, 20(5), 420-428.
- Chui, M. A., Stone, J. A., & Holden, R. J. (2017). Improving over-the-counter medication safety for older adults: A study protocol for a demonstration and dissemination study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(5), 930-937.
- Chukwuorji, J. C., Nwoke, M. B., & Ebere, M. O. (2017). Stressful life events, family support and successful ageing in the Biafran War generation. *Aging & Mental Health*, 21(1), 95-103.
- Churakova, I., Burlaka, V., & Parker, T. W. (2017). Relationship between alcohol use, spirituality, and coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(4), 842-852.

- Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios. (2017). Comisión de operación sanitaria. Recuperado de <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/comision-de-operacion-sanitaria?state=published>
- Conn, V. S. (1992). Self-Management of Over-the-Counter Medications by Older Adults. *Public Health Nursing*, 9(1), 29-36.
- Coward, D (1995). The lived experience of self-transcendence in women with AIDS. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24(4), 314-320.
- Coward, D. (2007). Teoría de la autotranscendencia. En A. Marriner, M. Raile (Eds), *Modelos y teorías de enfermería*. (pp. 618-631). España, Elsevier.
- Cowlshaw, S., Niele, S., Teshuva, K., Browning, C., & Kendig, H. (2013). Older adults' spirituality and life satisfaction: a longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing & Society*, 33(7), 1243-1262.
- Cox-Curry, L. (2009). Older adults' medication practices and risk. *Journal of Theory Construction & Testing*, 13(2), 69.
- Cyders, M. A., VanderVeen, J. D., Plawecki, M., Millward, J. B., Hays, J., Kareken, D. A., & O'connor, S. (2016). Gender-specific effects of mood on alcohol-seeking behaviors: Preliminary findings using intravenous alcohol self-administration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(2), 393-400.
- Damianakis, T., & Marziali, E. (2012). Older adults' response to the loss of a spouse: The function of spirituality in understanding the grieving process. *Ageing & Mental Health*, 16(1), 57-66.
- de Frias, C. M., & Whyne, E. (2015). Stress on health-related quality of life in older adults: The protective nature of mindfulness. *Ageing & Mental Health*, 19(3), 201-206.
- De Paula, M. C. P., Koller, S. H., & Novo, R. (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: The role of resilience. *Ageing International*, 36(4), 492-505.

- del Pilar, M., Aguilar-Parra, J. M., López-Liria, R., Rocamora-Pérez, P., Vargas-Muñoz, M. E., & Padilla-Góngora, D. (2017). Skills for Successful Ageing in the Elderly. Education, well-being and health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 986-991.
- Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 229-234.
- del-Pino-Casado, R., Espinosa-Medina, A., Lopez-Martinez, C., & Orgeta, V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 242, 14-21.
- Díaz, L. P. (2012). Promoción de salud: autotrascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol (Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia). Recuperada de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8050/1/539435.2012.pdf>
- Díaz, L. P., & Muñoz, A. I. (2013). Spirituality and low-risk consumption of alcohol in young adults. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 287-294.
- Díaz, L. P., & Muñoz, A. I. (2016). Vulnerabilidad al consumo de alcohol, trascendencia espiritual y bienestar psicosocial: comprobación de teoría. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 24, 1-8.
- D'Incau, P., Barbui, C., Tubini, J., & Conforti, A. (2011). Stressful life events and social health factors in women using anxiolytics and antidepressants: an Italian observational study in community pharmacies. *Gender Medicine*, 8(2), 80-92.x
- Diniz, A., Pillon, S., Monteiro, S., Pereira, A., Gonçalves, J., & dos Santos, M. A. (2017). Elderly substance abuse: an integrative review. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 19(2), 42-59.
- Drageset, J., Nygaard, H. A., Eide, G. E., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., & Natvig, G. K. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality

of life among mentally intact nursing home residents a questionnaire study.

Health and Quality of Life Outcomes, 6(1), 1-9.

Dufour, M. C., Archer, L., & Gordis, E. (1992). Alcohol and the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(1), 127-142.

Elashoff, D. J., Dixon, J. W., Crede, M. K., & Fotherringamm, M. (2010). nQuery Advisor Version 4.0.

Enthoven, W. T., Scheele, J., Bierma-Zeinstra, S. M., Bueving, H. J., Bohnen, A. M., Peul, W. C., & Luijsterburg, P. A. (2014). Analgesic use in older adults with back pain: The BACE study. *Pain Medicine*, 15(10), 1704-1714.

Eriksson, M., & Mittelmark, M. (2017). The Meanings of Salutogenesis. En M. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. Bauer, J. Pelikan, B. Lindstrom, G. Espnes (Eds), *The Handbook of Salutogenesis* (pp 7-13). Springer.

Far, I. K., Ferron, M., Ibarra, F., Baez, M., Tranquillini, S., Casati, F., & Doppio, N. (2015). The interplay of physical and social wellbeing in older adults: investigating the relationship between physical training and social interactions with virtual social environments. *Peer J Computer Science*, 1, e30.

Fawcett, J. (1999). Analyzing Conceptual-Theoretical-Empirical Structures for research. En Fawcett, J. (Ed), *The relationship of theory and research* (pp. 27-81). Philadelphia: Davis Company.

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). The structure of contemporary nursing knowledge. En J. Fawcett & S. DeSanto-Madeya. (Eds). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (pp. 3-25). Philadelphia: Davis Company.

Ferrada, L., & Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 123-130.

- Fink, H. A., Kuskowski, M. A., & Marshall, L. M. (2014). Association of stressful life events with incident falls and fractures in older men: the Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Study. *Age and Ageing*, 43(1), 103-108.
- Forbech, H., Langeland, E., & Bull, T. (2017). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994 En M. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. Bauer, J. Pelikan, B. Lindstrom, G. Espnes (Eds), *The Handbook of Salutogenesis* (pp 7-13). Springer.
- Formento, E. A., Muñoz, P. S., Satué, A. L., Faci, T. V., Izquierdo, C. D. L. C., & Aragüés, G. M. (2007). Consumo excesivo de alcohol en la población geriátrica y su relación con los psicofármacos. *Atención Primaria*, 39(10), 541-545.
- Gamo, E., & Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469.
- Gao, J., Weaver, S. R., Fu, H., Jia, Y., & Li, J. (2017). Relationships between neighborhood attributes and subjective well-being among the Chinese elderly: Data from Shanghai. *Bioscience Trends*, 11(5), 516-523.
- García-Alandete, J. (2015). Does Meaning in Life Predict Psychological Well-Being? *The European Journal of Counselling Psychology*, 3(2), 89-98.
- George, L.K., Larson, D.B., Koenig, H.G., & McCullough, M.E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102-116
- Gerardin, M., Victorri-Vigneau, C., Guerlais, M., Guillou-Landreat, M., Grall-Bronnec, M., & Jolliet, P. (2014). Benzodiazepines consumption: does dependence vary with age? *Substance Use & Misuse*, 49(11), 1417-1425.
- Giglio, R. E., Rodriguez-Blazquez, C., de Pedro-Cuesta, J., & Forjaz, M. J. (2015). Sense of coherence and health of community-dwelling older adults in Spain. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 621-628.

- Gison, A., Rizza, F., Bonassi, S., Dall'Armi, V., Lisi, S., & Giaquinto, S. (2014). The sense-of-coherence predicts health-related quality of life and emotional distress but not disability in Parkinson's disease. *BMC Neurology*, *14*(1), 193.
- Godínez, V., Ominami, C., Burns, R., Ahumada, A., & Vidal, C. (2013). Políticas de Drogas en México y en Chile: Estimación de costos económicos y sociales y de escenarios alternativos. Sistema de Información Regional México y Fundación Chile, 21. Recuperado de http://www.sirem.com.mx/Documentos/Estudio_de_Costos_Mexico-Chile_es.pdf.
- Goh, L.Y., Vitry, A.I., Semple, S.J., Esterman, A., & Luszcz, M.A. (2009). Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia's elderly population. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *9*(1), 42.
- Gomes, F. C., Andrade, A. G. D., Izbicki, R., Moreira-Almeida, A., & Oliveira, L. G. D. (2013). Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *35*(1), 29-37.
- Gómez-Gallego, M., & Gómez-García, J. (2018). Effects of stress on emotional memory in patients with Alzheimer's disease and in healthy elderly. *International Psychogeriatrics*, *30*(8), 1199-1209.
- Gossop, M. (2008). Consumo de sustancias en los adultos mayores: un problema olvidado. *Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*, 1681-6307. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566_ES_TDAD08001ES_C_web.pdf
- Green, C. A., & Polen, M. R. (2001). The health and health behaviors of people who do not drink alcohol. *American Journal of Preventive Medicine*, *21*(4), 298-305.

Guerrero, J. M., Serrano, P., Ramsés, A., & Loyo Álvarez, J. G. (2016).

Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento.

Barquisimeto. 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309.

Guerrero, R. F., & Lara, R. (2017). Nivel de autotrascendencia en un grupo de adultos mayores mexicanos. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1476-1487.

Guerrero, R. F., & Ojeda, M. G. (2015). Análisis del concepto de Autotrascendencia.

Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor. *Cultura de Cuidados*, XVI(42), 26-37.

Guimaraes, G. L., Mendoza, M. Á., López, M. Á., García, J. Á., Velasco-Ángeles, L. R.,

Beltrán, M. A., Valdez, P.E., & Camacho, R. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*, 37(1), 15-25.

Gull, F., & Dawood, S. (2013). Religiosity and subjective well-being amongst institutionalized elderly in Pakistan. *Health Promotion Perspectives*, 3(1), 124.

Gupta, V., & Chadha, N. K. (2014). From correlation to causation: Understanding the effect of spirituality on wellbeing. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(2), 172.

Hafeez, A., & Rafique, R. (2013). Spirituality and Religiosity as Predictors of Psychological Well-Being in Residents of Old Homes. *Dialogue (Pakistan)*, 8(3).

Harvard Medical School. (2016). How stress affects seniors, and how to manage it.

Recuperado de <https://www.health.harvard.edu/aging/how-stress-affects-seniors-and-how-to-manage-it>

Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmayer, L. J.

(2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 129-141.

- Haugan, G. (2014a). Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being? *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1830-1844.
- Haugan, G. (2014b). Nurse–patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 74-88.
- Haugan, G., Hanssen, B., & Moksnes, U. K. (2013). Self-transcendence, nurse–patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 882-893.
- Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garåsen, H., & Espnes, G. A. (2013). Self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients: A resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1147-1160.
- Heidari, M., Borujeni, M. G., Abyaneh, S. K., & Rezaei, P. (2019). The effect of spiritual care on perceived stress and mental health among the elderlies living in nursing home. *Journal of Religion and Health*, 58(4), 1328-1339.
- Helvik, A. S., Engedal, K., & Selbaek, G. (2014). Sense of coherence and quality of life in older in-hospital patients without cognitive impairment-a 12 month follow-up study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 82.
- Hernández, A., Gómez, L. F., & Parra, D. C. (2010). Ambientes urbanos y actividad física en adultos mayores: Relevancia del tema para América Latina. *Revista de Salud Pública*, 12, 327-335.
- Hernández, Z. E., Ehrenzweig, Y., & Yépez, L. (2010). Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(43), 17-34.

- Hill, H.F., & Chapman, C.R. (1989) Clinical effectiveness of analgesics in chronic pain states. In NIDA Research Monograph Series. Number 95. Rockville MD: National Institute on Drug Abuse. pp.102-109.
- Hilton, J. M., & Child, S. L. (2014). Spirituality and the successful aging of older Latinos. *Counseling and Values*, 59(1), 17-34.
- Hinojosa, L., Alonso, M. M, Armendáriz, N. A., Selene López, K., Vinicio Gómez, M., & Álvarez, J. (2018). El efecto de la espiritualidad y el apoyo social en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. *Health & Addictions*, 18(1), 71-79.
- Hoshi, M. (2008). Self-Transcendence, Vulnerability, and Well-Being in Hospitalized Japanese Elders (Tesis doctoral). The University of Arizona, Arizona.
- Hussar, D. (2018). Interacciones farmacológicas. Recuperado del sitio de Internet Manual MSD: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/farmacolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica/factores-que-afectan-la-respuesta-a-los-f%C3%A1rmacos/interacciones-farmacol%C3%B3gicas>
- Huxhold, O., Miche, M., & Schüz, B. (2013). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(3), 366-375.
- Immonen, S., Valvanne, J., & Pitkälä, K. H. (2013). The prevalence of potential alcohol–drug interactions in older adults. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(2), 73-78.
- Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística. (2014). Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=291110>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Panorama de las religiones en México 2010. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_religion/religiones_2010.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825056643>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Esperanza de vida ¿Te has preguntado cuántos años podrías llegar a vivir? Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (adultos mayores)” datos nacionales. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/edad2018_nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019a). Estadísticas a propósito de...matrimonios y divorcios en México (datos nacionales). Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/matrimonios2019_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019b). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1º de octubre). Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2018). El duelo, como proceso de sanación en personas mayores. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/prensa/el-duelo-como-proceso-de-sanacion-en-personas-mayores?idiom=es>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
- Investigadores del Fenómeno Religioso en México (2016). Encuesta Nacional sobre Creencias y Prácticas Religiosas en México. Recuperado de <http://www.rifrem.mx/wp-content/uploads/2017/10/INFORME-DE-RESULTADOS-EncuestaNacionalMexicoCreenciasyPracticasReligiosas-2017-05.pdf>
- Iwamoto, R., Yamawaki, N., & Sato, T. (2011). Increased self-transcendence in patients with intractable diseases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(7), 638-647.
- Jackson, B., & Bergeman, C.S. (2011). How Does Religiosity Enhance Well-Being? The Role of Perceived Control. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(2), 149-161.
- Jahan, M., & Khan, S. (2014). Psychological well-being: Spirituality and successful aging. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(7), 68-71.
- Jain, S., & Kumar, S. (2017). Late-life engagement after retirement: Implications for psychological well-being and distress in elderly. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 8(6), 525-529.
- Jiménez, Y., Núñez, M., & Coto, E. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, 14(27), 168-181.

- Jinks, M. J., & Raschko, R. R. (1990). A profile of alcohol and prescription drug abuse in a high-risk community-based elderly population. *DICP: the Annals of Pharmacotherapy*, 24(10), 971-975.
- Joseph, C. L., Ganzini, L., & Atkinson, R. M. (1995). Screening for alcohol use disorders in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(4), 368-373.
- Jueng, R. N., Tsai, D. C., & Chen, I. J. (2016). Sense of coherence among older adult residents of long-term care facilities in Taiwan: A cross-sectional analysis. *PloSOne*, 11(1), 1-12.
- Juvinya-Canal, D. (2013). Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería Clínica*, 23(3), 87-88.
- Kano, M. Y., Santos, M. A. D., & Pillon, S. C. (2014). Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test–Geriatric Version (MAST-G). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(4), 649-656.
- Kaur, S., & Gupta, S. (2013). Effect of religiosity on psychological well-being of senior citizens living with family and living in old age homes. *Journal of Psychosocial Research*, 8(2), 209.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
- Kim, S. Y. (2015). The effect of self-transcendence and loneliness on quality of life of the elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 16(10), 6679-6687.
- Kim, S. Y., & Lee, J. I. (2013). Self-transcendence, spiritual well-being, and death anxiety of the elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 27(3), 480-489.
- Kimhi, S. (2015). Sense of coherence and gender as a predictor of the effect of laboratory induced stress on cognitive performance. *The Journal of Psychology*, 149(4), 412-426.

- King, M., Llewellyn, H., Leurent, B., Owen, F., Leavey, G., Tookman, A., & Jones, L. (2013). Spiritual beliefs near the end of life: a prospective cohort study of people with cancer receiving palliative care. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2505-2512.
- Koelen, M., Eriksson, M., & Cattani, M. (2017). Older People, Sense of Coherence and Community. En M. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. Bauer, J. Pelikan, B. Lindstrom, G. Espnes (Eds), *The Handbook of Salutogenesis* (pp 137 - 149). Springer.
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1(1), 78-85.
- Koushede, V., & Holstein, B. E. (2009). Sense of coherence and medicine use for headache among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 149-155.
- Koushede, V., Holstein, B. E., Andersen, A., & Holme, E. (2010). Stress and medicine use for headache: does sense of coherence modify the association? *The European Journal of Public Health*, 21(5), 656-661.
- Laganà, L., & Prilutsky, R. R. (2016). A Pilot Psychometric Study on the Validation of the Older Women's Non-Medical Stress Scale (OWN-MSS) on an Ethnically Diverse Sample. *Journal of Geriatrics and Palliative Care*, 4(1).
- Laird, L. D., Curtis, C. E., & Morgan, J. R. (2017). Finding spirits in spirituality: What are we measuring in spirituality and health research? *Journal of Religion and Health*, 56(1), 1-20.
- Larm, P., Åslund, C., Starrin, B., & Nilsson, K. W. (2016). How are social capital and sense of coherence associated with hazardous alcohol use? Findings from a large population-based Swedish sample of adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(5), 525-533.
- Lavretsky, H., & Newhouse, P. A. (2012). Stress, inflammation, and aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 729-733.

- Le, Y. K., & Snodgrass, J. L. (2019). The lived experience of religiosity and stress among middle-aged Vietnamese American Catholic immigrants. *Pastoral Psychology*, 68(3), 303-320.
- Lee, J. I., & Kim, S. Y. (2016). Self-transcendence, Life Satisfaction and Preference for care near the end of life of the Elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 17(9), 212-220.
- Lee, K. H. (2011). The role of spiritual experience, forgiveness, and religious support on the general well-being of older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 23(3), 206-223.
- Lee, K. H., & Yoon, D. P. (2011). Factors influencing the general well-being of low-income Korean immigrant elders. *Social Work*, 56(3), 269-279.
- Lerman, S., Jung, M., Arredondo, E. M., Barnhart, J. M., Cai, J., Castañeda, S. F., Daviglus, M. L., Espinoza, R. A., Giachello, A. L., Molina, K. M., Perreira, K., Salgado, H., Wassertheil-Smolle, S., Kaplan, R. C. (2018). Religiosity prevalence and its association with depression and anxiety symptoms among Hispanic/Latino adults. *PloS One*, 13(2), 1-14.
- Lim, M. L., Lim, D., Gwee, X., Nyunt, M. S. Z., Kumar, R., & Ng, T. P. (2015). Among older Chinese adults. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1005-1014.
- Lizarbe-Chocarro, M., Guillén-Grima, F., Aguinaga-Ontoso, I., & Canga Armayor, N. (2016, August). Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios en Navarra. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 39, No. 2, pp. 237-248). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- López, J., Camilli, C., & Noriega, C. (2015). Posttraumatic Growth in Widowed and Non-widowed Older Adults: Religiosity and Sense of Coherence. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1612-1628.

- Lorencova, R. (2011). Religiosity and spirituality of alcohol and marijuana users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(3), 180-187.
- Louro, I., Bayarre, H., & Álvarez, M. E. (2015). Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41, 80-95.
- Lovheim, H., Graneheim, U. H., Jonsén, E., Strandberg, G., & Lundman, B. (2013). Changes in sense of coherence in old age—a 5-year follow-up of the Umeå 85+ study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 13-19.
- Lucchetti, G., Peres, M. F., Lucchetti, A. L., & Koenig, H. G. (2012). Religiosity and tobacco and alcohol use in a Brazilian shantytown. *Substance Use & Misuse*, 47(7), 837-846.
- Lundman, B., Forsberg, K. A., Jonsén, E., Gustafson, Y., Olofsson, K., Strandberg, G., & Lövhheim, H. (2010). Sense of coherence (SOC) related to health and mortality among the very old: The Umeå 85+ study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), 329-332.
- Lundstrom, S., Jormfeldt, H., Ahlstrom, B. H., & Skarsater, I. (2019). Health-related lifestyle and perceived health among people with severe mental illness: Gender differences and degree of sense of coherence. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(2), 182-188.
- Maher, A. C., Kielb, S., Loyer, E., Connelley, M., Rademaker, A., Mesulam, M. M., Weintraub, S., McAdams, D., Logan, R., & Rogalski, E. (2017). Psychological well-being in elderly adults with extraordinary episodic memory. *PlosOne*, 12(10), e0186413.
- Marques, B. G., María, E., Serdio, C., & Palacios, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1).
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M. C., Aguado, C., Albert, C., & Luquec, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para

detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años.

Medicina Clínica, 117(4), 129-134.

Mato, M., & Tsukasaki, K. (2019). Factors promoting sense of coherence among university students in urban areas of Japan: individual-level social capital, self-efficacy, and mental health. *Global Health Promotion*, 26(1), 60-68.

Mauro, P. M., Canham, S. L., Martins, S. S., & Spira, A. P. (2015). Substance-use coping and self-rated health among US middle-aged and older adults. *Addictive Behaviors*, 42, 96-100.

Mc Gee, S. L., Holtge, J., Maercker, A., & Thoma, M. V. (2018). Sense of coherence and stress-related resilience: Investigating the mediating and moderating mechanisms in the development of resilience following stress or adversity. *Frontiers in Psychiatry*, 9(378), 1-13.

McCarthy, V. L., Ling, J., & Carini, R. M. (2013). The role of self-transcendence: a missing variable in the pursuit of successful aging? *Research in Gerontological Nursing*, 6(3), 178-186.

McGrath, E., Jones, A., & Field, M. (2016). Acute stress increases ad-libitum alcohol consumption in heavy drinkers, but not through impaired inhibitory control. *Psychopharmacology*, 233(7), 1227-1234.

Meisenhelder, J. B. (2003). Gender differences in religiosity and functional health in the elderly. *Geriatric Nursing*, 24(6), 343-352.

Mendoza-Meléndez, M. A., Borges-Guimaraes, G. L., Gallegos-Cari, A., García Pacheco, J. Á., Hernández-Llanes, N. F., Camacho-Solís, R., & Elena, M. (2015). Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor. *Salud Mental*, 38(1), 15-26.

Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 115-124.

- Midanik, L. T., Soghikian, K., Ransom, L. J., & Polen, M. R. (1992). Alcohol problems and sense of coherence among older adults. *Social Science & Medicine*, 34(1), 43-48.
- Moon, Y. S., & Kim, D. H. (2013). Association between religiosity/spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(4), 293-300.
- Moore, A., Witheman, E., & Ward, K. (2007). Risks of Combined Alcohol-Medication Use in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(1), 64-74.
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2006). Older adults' coping with negative life events: Common processes of managing health, interpersonal, and financial/work stressors. *The International Journal of Aging and Human Development*, 62(1), 39-59.
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2010). Social and Financial Resources and High-Risk Alcohol Consumption Among Older Adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(4), 646-654.
- Moos, R., Schutte, K, Brennan, P., & Moos, B. (2009). Older Adults' Alcohol Consumption and Late-Life Drinking Problems: A 20-Year Perspective. *Addiction*, 104(8), 1293-1302.
- Mukherjee, S. B. (2016). Spirituality and Religion: Elderly's Perception and Understanding. *Indian Journal of Gerontology*, 30(3), 336-354.
- Musick, M.A., Traphagan, J.W., Koenig, H.G., & Larson, D.B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development*, 7(2), 73-86.
- Nagaraj, M. (2018). Influence of Stress on Psychological Well-Being Among Old Age. *Indian Journal of Gerontology*, 32(1), 51-61.
- Najjar, L. Z., Young, C. M., Leasure, L., Henderson, C. E., & Neighbors, C. (2016). Religious perceptions of alcohol consumption and drinking behaviours among

religious and non-religious groups. *Mental Health, Religion & Culture*, 19(9), 1028-1041.

National Institute of Aging. (2017). Facts About Aging and Alcohol. Recuperado de <https://www.nia.nih.gov/health/facts-about-aging-and-alcoholx>

National Institute of Aging. (2019). Safe Use of Medicines for Older Adults.

Recuperado de <https://www.nia.nih.gov/health/safe-use-medicines-older-adults>

National Institute of Mental Health. (2019). 5 Things You Should Know About Stress.

Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/stress/index.shtml>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1999). Alcohol and Medication Interactions. Recuperado de <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-1/40-54.pdf>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2012). The Link Between Stress and Alcohol. Recuperado de <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA85/AA85.pdf>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2014). Harmful Interactions mixing alcohol with medicines. Recuperado de https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Harmful_Interactions.pdf

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2014). Reacciones adversas al mezclar bebidas alcohólicas con medicamentos. Recuperado de <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/MedSpanish/medicine.htm>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2017). OlderAdults. Recuperado de <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/older-adults>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2019). Women and Alcohol. Recuperado de <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/women-and-alcohol-fact-sheet.pdf>

- National Institute on Drugs Abuse. (2012). Los medicamentos de prescripción: abuso y adicción. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/los-medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/tendencias-en-el-abuso-de-los-medicamentos-de-prescripcion/adultos-mayores>
- National Institute on Drugs Abuse. (2016). *Misuse of Prescription Drugs*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/2609-misuse-of-prescription-drugs.pdf>
- National Institute on Drugs Abuse. (2017). *Tendencias y estadísticas*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics#supplemental-references-for-economic-costs>
- Nogueira, J. (2015). Espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(2), 33-50.
- Norberg, A., Lundman, B., Gustafson, Y., Norberg, C., Fischer, R. S., & Lövheim, H. (2015). Self-transcendence (ST) among very old people—Its associations to social and medical factors and development over five years. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 247-253.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362.
- Oates, G. L. (2016). Effects of religiosity dimensions on physical health across non-elderly Black and White American panels. *Review of Religious Research*, 58(2), 249-270.
- Ogawa, Y., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Tajika, A., Watanabe, N., Streiner, D., & Furukawa, T. A. (2019). Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

- Organización Mundial de la Salud. (2012). Los adultos mayores y el consumo de medicamentos. Recomendaciones para mayores, sus cuidadores y profesionales de salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Medicamentos-span.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Mental health of older adults. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Ortiz, J. B., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31.
- Pasek, M., Dębska, G., & Wojtyna, E. (2017). Perceived social support and the sense of coherence in patient–caregiver dyad versus acceptance of illness in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4985-4993.
- Patel, V. (2007). Alcohol use and mental health in developing countries. *Annals of Epidemiology*, 17(5), S87-S92.
- Patró-Hernández, R. M., Robles, Y. N., & Limiñana-Gras, R. M. (2019). Relación entre las normas de género y el consumo de alcohol: una revisión sistemática. *Adicciones*.
- Pena-Gayo, A., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., & Mena-Tudela, D. (2018). Adaptación y validación transcultural de la Escala de Autotrascendencia de Pamela Reed al contexto español. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26.
- Peralta-Pedrero, M. L., Valdivia-Ibarra, F. J., Hernández-Manzano, M., Medina-Beltrán, G. R., Cordero-Guillén, M. Á., Baca-Zúñiga, J., Cruz-Avelar, A., Aguilar-Salas I., & Ávalos-Mejía, A. M. (2013). Guía de práctica clínica. Prescripción

- farmacológica en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(2), 228-239.
- Pinheiro, M. C. P., Koller, S. H., & Novo, R. (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: The role of resilience. *Ageing International*, 36(4), 492-505.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Porras-Juárez, C., Grajales-Alonso, I., Hernández-Cruz, M. C., Alonso-Castillo, M. M., & Tenahua-Quitl, I. (2010). Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 127-132.
- Porter., L. (2012). El alcohol y el hígado. Recuperado de http://hcvadvocate.org/hepatitis/sp_factsheets/alcohol.pdf
- Possebon, A. P. D. R., Martins, A. P. P., Danigno, J. F., Langlois, C. D. O., & Silva, A. E. R. (2017). Sense of coherence and oral health in older adults in Southern Brazil. *Gerodontology*, 34(3), 377-381.
- Potier, F., Degryse, J. M., Henrard, S., Aubouy, G., & de Saint-Hubert, M. (2018). A high sense of coherence protects from the burden of caregiving in older spousal caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 76-82.
- Pringle, K. E., Heller, D. A., Ahern, F. M., Gold, C. H., & Brown, T. V. (2006). The role of medication use and health on the decision to quit drinking among older adults. *Journal of Aging and Health*, 18(6), 837-851.
- Putignano, D., Bruzzese, D., Orlando, V., Fiorentino, D., Tettamanti, A., & Menditto, E. (2017). Differences in drug use between men and women: an Italian cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 17(1), 73.

- Quevedo-Tejero, E. C., Domínguez-Sosa, G., Panting-Lastra, C. C., & Zavala-González, M. A. (2016). Prescripción de Psicofármacos en un Hogar de Asistencia Social Para Adultos Mayores de Tabasco, México. *Archivos de Medicina*, 12(2).
- Rahimi, A., Anoosheh, M., Ahmadi, F., & Foroughan, M. (2013). Exploring spirituality in Iranian healthy elderly people: A qualitative content analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(2), 163.
- Ramírez, J. A. C., Hernández, J. P. P. O., & Medina, D. S. M. (2015). Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Revista Médica de Risaralda*, 21(2).
- Ramos, G., María, R., Hechavarría, G., Batista, N. M., & Cueto, A. (2017). Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Revista Cubana de Estomatología*, 54(1), 60-71.
- Ray, W.A., Thapa, P.B., & Shorr, R.I. (1993) Medications and the older drivers. *Journal Clinics in Geriatric Medicine*. Vol 9(2):413-438.
- Reed, P.G. (1983). Implications of the life-span developmental framework for well-being in adulthood and aging. *Advances in Nursing Science*, 6, 18-25.
- Reed, P. (2018). Theory of Self-Transcendence. En M. Smith, P. Liehr (Eds), *Middle Range Theory of Nursing* (pp. 119-146). New York, Springer Publishing Company, LLC.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health*, 10(5), 335–344.
- Reed, P.G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research*, 35(6), 368-374.
- Reed, P.G. (1989). Mental health of older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 11(2), 143-163.
- Reed, P.G. (1991a). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*, 40(1), 5-11.

- Reed, P.G. (1991b). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77.
- Reyes-Estrada, M. R., Rivera-Segarra, E. R., Ramos-Pibernus, A. R., Rosario-Hernández, E., & Rivera-Medina, C. R. (2014). Desarrollo y validación de una escala para medir religiosidad en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 226-242.
- Rigler, S. K. (2000). Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*, 61(6), 1710-1716.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., & Hernán, M. (2011). Análisis del Modelo Salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el Modelo de Activos en Salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139.
- Rivera-Ledesma, A., & Lena, M. M. L. (2008). Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida. *Salud Mental*, 31(6), 461-468.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2005). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-47.
- Robinson, O. C., Hanson, K., Hayward, G., & Lorimer, D. (2019). Age and cultural gender equality as moderators of the gender difference in the importance of religion and spirituality: Comparing the United Kingdom, France, and Germany. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 58(1), 301-308.
- Rodríguez, J. R., Tabares, V. Z., Jiménez, E. S., López, R. S., & Ramos, M. D. C. C. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*, 9(1), 35-41.
- Rodriguez, L. A., Villar, M. A., Alonso, M. M., Díaz, L. P., Álvarez, J., Armendáriz, N. A., & Castillo, R. A. (2019). Eventos estresantes, espiritualidad y consumo de

- alcohol en participantes del programa de 12 pasos de AA. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 24, 641-648.
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M., & Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11(2), 24-49.
- Rodríguez-Puente, L. A., & Alonso-Castillo, M. M. (2016). Teoría de situación específica de autotranscendencia en dependientes del alcohol en proceso de recuperación. *Aquichan*, 16(1), 15-23.
- Rojas-Jara, C., Calquin, F., González, J., Santander, E., & Vásquez, M. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiacepinas en adultos mayores. *Salud & Sociedad*, 10(1), 40-50.
- Rollero, C., & De Piccoli, N. (2010). Does place attachment affect social well-being? *European Review of Applied Psychology*, 60(4), 233-238.
- Rubio, L., Dumitrache, C. G., & Cordon-Pozo, E. (2018). Do past stressful life events and personal control beliefs predict subjective wellbeing in old age? Evidence from a Spanish nationwide representative sample. *Ageing & Society*, 38(12), 2519-2540.
- Rubio, L., Dumitrache, C., Cordon-Pozo, E., & Rubio-Herrera, R. (2016). Coping: Impact of gender and stressful life events in middle and in old age. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 468-488.
- Ruiz-Juan, F., Isorna-Folgar, M., Vaquero-Cristóbal, R., & Ruiz-Risueño, J. (2016). Consumo de alcohol en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 351-358.
- Runquist, J. J., & Reed, P. G. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adults. *Journal of Holistic Nursing*, 25(1), 5-13.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719.
- Saarni, S. I., Joutsenniemi, K., Koskinen, S., Suvisaari, J., Pirkola, S., Sintonen, H., Poikolainen, K & Lönnqvist, J. (2008). Alcohol consumption, abstaining, health utility, and quality of life—a general population survey in Finland. *Alcohol & Alcoholism*, 43(3), 376-386.
- Sacco, P., Bucholz, K. K., & Harrington, D. (2014). Gender differences in stressful life events, social support, perceived stress, and alcohol use among older adults: results from a national survey. *Substance Use & Misuse*, 49(4), 456-465.
- Salech, F., Palma, Q. D., & Garrido, Q. P. (2016). Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica las Condes*, 27(5), 660-670.
- Saleem, R., & Sajid, A. K. (2015). Impact of spirituality on well-being among old age people. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(3), 172-81.
- Salgado, M., Noa, M., Matos, D., Cardero, D., & Castillo, Y. (2016). Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados. *MEDISAN*, 20(10), 2195-2201.
- Sandoval, K. C., García, M. D., & Luis, O. E. (2019). Pérdidas a lo largo del ciclo vital en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(1), 79-90.
- Sarenmalm, E. K., Browall, M., Persson, L. O., Fall-Dickson, J., & Gaston-Johansson, F. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 20-27.

- Schmiedl, S., Rottenkolber, M., Hasford, J., Rottenkolber, D., Farker, K., Drewelow, B., Hippus, M, Saljé, K., & Thürmann, P. (2014). Self-medication with over the counter and prescribed drugs causing adverse-drug-reaction-related hospital admissions: results of a prospective, long-term multi-centre study. *Drug Safety*, 37(4), 225-235.
- Schonfeld, L., King-Kallimanis, B. L., Duchene, D. M., Etheridge, R. L., Herrera, J. R., Barry, K. L., & Lynn, N. (2010). Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: The Florida BRITE project. *American Journal of Public Health*, 100(1), 108-114.
- Searby, A., Maude, P., & McGrath, I. (2015). Drugs, alcohol, older adults and mental health. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 22(10), 41.
- Secretaria de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud. (2009). Guía mujeres y hombres ante las adicciones: El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/guiamujeres_hombres.pdf
- Secretaria de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaria Nacional Antidrogas. (2007). I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf

- Segal, D. L., Levenson, S., & Coolidge, F. L. (2008). Global self-rated health status predicts reasons for living among older adults. *Clinical Gerontologist, 31*(4), 122-132.
- Seybold, K.S. & Hill, P.C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science, 10*(1), 21-24.
- Sharma, V., Marin, D. B., Koenig, H. K., Feder, A., Iacoviello, B. M., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2017). Religion, spirituality, and mental health of US military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders, 217*, 197-204.
- Sharpnack, P. A., Quinn Griffin, M. T., Benders, A. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Self-transcendence and spiritual well-being in the amish. *Journal of Holistic Nursing, 29*(2), 91-97.
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, A. (2005). Religion, spirituality and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion and Culture, 8*, 1–11.
- Shaw, B. A., Agahi, N., & Krause, N. (2011). Are changes in financial strain associated with changes in alcohol use and smoking among older adults? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*(6), 917-925.
- Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J., & McGeever, K. (2011). Age differences in long-term patterns of change in alcohol consumption among aging adults. *Journal of Aging and Health, 23*(2), 207-227.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research, 117*(2), 561-576.
- Stanca, a. E., Bratu, e. C., & Minca, d. G. (2017). Drinking patterns in the elderly romanian population-prevalence and characteristics. *Acta Médica Transilvanica, 22*(2).

- Storch, E. A., Roberti, J. W., Heidgerken, A. D., Storch, J. B., Lewin, A. B., Killiany, E. M., Baumeister, A.L., Bravata, E.A & Geffken, G. R. (2004). The duke religion index: A psychometric investigation. *Pastoral Psychology*, 53(2), 175-181.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (1998). Substance Abuse Among Older Adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26. Recuperado de <https://search.usa.gov/search/docs?utf8=%E2%9C%93&affiliate=samhsa-store&query=Treatment+Improvement+Protocol+%28TIP%29+Series+26>
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2015). Specific Population and Prescription Drugs Misuse and Abuse. Recuperado de <https://www.samhsa.gov/prescription-drug-misuse-abuse/specific-populations>
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2012). OLDER AMERICANS BEHAVIORAL HEALTH Issue Brief 5: Prescription Medication Misuse and Abuse Among Older Adults. Recuperado de <https://www.acl.gov/sites/default/files/programs/2016-11/Issue%20Brief%205%20Prescription%20Med%20Misuse%20Abuse.pdf>
- Takahashi, K., Kato, A., Igari, T., Sase, E., Shibamura, A., Kikuchi, K., Nanishi, K., Jimba, M., & Yasuoka, J. (2015). Sense of coherence as a key to improve homebound status among older adults with urinary incontinence. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(7), 910-917.
- Tapia, R., Cravioto, P., Borges, S. A., & Rosa, B. D. L. (1996). Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1993. *Salud Pública de México*, 38(6).
- Taraghi, Z., Lolaty, H. A., Mohammadpour, R. A., & Abbasabadi, A. O. (2017). Strategies to promote hope and spirituality in the elderly: A narrative review. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(6), 1619.

- Taunay, T. C. D., Gondim, F. D. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. D. A., Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica, 39*(4), 130-5.
- Taylor, P. W. (2013). Psychometric Properties of the Duke University Religion Index English and Spanish Versions for Hispanic American Women (Tesis doctoral). San Diego State University. Estados Unidos.
- Tevik, K., Selbaek, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S., & Helvik, A. S. (2019). Factors associated with alcohol consumption and prescribed drugs with addiction potential among older women and men—the Nord-Trøndelag health study (HUNT2 and HUNT3), Norway, a population-based longitudinal study. *BMC Geriatrics, 19*(1), 113.
- Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S., & Helvik, A. S. (2017). Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3). *PloS one, 12*(9), e0184428.
- Thauvoye, E., Vanhooren, S., Vandenhoeck, A., & Dezutter, J. (2018). Spirituality and well-being in old age: exploring the dimensions of spirituality in relation to late-life functioning. *Journal of Religion and Health, 57*(6), 2167-2181.
- Tornstam, L. (2003). Gerotranscendence from young old age to old old age, Online publication from The Social Gerontology Group, Uppsala.
- Torres, W. I., & Flores, M. M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología, 36*(1), 9-48.
- Trivedi, S. C., Subramanyam, A. A., Kamath, R. M., & Pinto, C. (2016). Study of Spirituality in Elderly With Subjective Memory Complaints. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 29*(1), 38-46.

- Uddi, T., Kabir, A., & Islam, N. (2019). Prevalence and Determinants of Psychological Stress of Elderly in Bangladesh: A Cross Sectional Study. *Indian Journal of Gerontology*, 33(4), 381–392.
- Udhayakumar, P., & Ilango, P. (2012). Spirituality, stress and wellbeing among the elderly practicing spirituality. *SamajaKaryadaHejjegalu*, 2(10), 37-42.
- Ugarte A, Serrano M, Morales A, Trujillo Y, López F, Rodríguez L, Tamez V, Aguilera L, Cerda R. (noviembre, 2017). Asociación entre sentido de coherencia y nivel de Depresión en los adultos mayores del Norte de México. Trabajo presentado en la mesa de comunicaciones del XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.
- Ulvoas-Moal, G. (2010). Exploring the Influence of Spirituality: A New Perspective on Senior Consumers' Behavior. *Advances in Consumer Research*, 37, 917-919.
- Vahia, I. V., Depp, C. A., Palmer, B. W., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W., Allison, M., & Jeste, D. V. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging & Mental Health*, 15(1), 97-102.
- Vázquez, J. J., Suarez, A., Berríos, A., & Panadero, S. (2019). Stressful life events among homeless people in León (Nicaragua): Quantity, types, timing, and perceived causality. *Journal of Community Psychology*, 47(1), 176-185.
- Villarruel, A. M., Bishop, T. L., Simpson, E. M., Jemmott, L. S., & Fawcett, J. (2001). Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 14(2), 158-163.
- Villegas-Pantoja, M. Á., Alonso-Castillo, M. M, Alonso-Castillo, B. A., & Guzmán, F. R. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 35-46.
- Virúes-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J. L., & Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128(13), 486-492.

- Volanen, S. M., Lahelma, E., Silventoinen, K., & Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *The European Journal of Public Health, 14*(3), 322-330.
- Von Humboldt, S., & Leal, I. (2013). The promotion of older adults' sense of coherence through Person-Centered Therapy: A randomized controlled pilot study. *Interdisciplinaria, 30*(2), 235-251.
- Vosseler, A. (2012). Salutogenesis and the sense of coherence: Promoting health and resilience in counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Review, 27*(3), 68-78.
- Waidler, J., Vanore, M., Gassmann, F., & Siegel, M. (2018). Migration and the multi-dimensional well-being of elderly persons in Georgia. *Journal of Population Ageing, 11*(3), 217-238.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). Theory Synthesis. En L. O. Walker, & K. C. Avant (Eds.). *Strategies for Theory Construction in Nursing* (pp. 135-147). New Jersey: PEARSON.
- Waller, M., McGuire, A. C., & Dobson, A. J. (2015). Alcohol use in the military: associations with health and wellbeing. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 10*(1), 27.
- Walton, C. G., Shultz, C. M., Beck, C. M., & Walls, R. C. (1991). Psychological correlates of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing, 5*(3), 165-170.
- Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health, 8*(2), 172-183.
- Welte, J. W., & Mirand, A. L. (1995). Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. *Journal of Studies on Alcohol, 56*(1), 67-73.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance

- and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.
- Whitehead, B. R., & Bergeman, C. S. (2011). Coping with daily stress: Differential role of spiritual experience on daily positive and negative affect. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 456-459.
- Wolf, I. K., Du, Y., & Knopf, H. (2017). Changes in prevalence of psychotropic drug use and alcohol consumption among the elderly in Germany: results of two National Health Interview and Examination Surveys 1997-99 and 2008-11. *BMC Psychiatry*, 17(1), 90.
- Yañez-Castillo, B. G., Villar-Luis, M. A., & Alonso-Castillo, M. M. (2018). Espiritualidad, autotranscendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Journal health NPEPS*, 3(1), 5-21.
- Yi, S. W., Jung, M., Kimm, H., Sull, J. W., Lee, E., Lee, K. O., & Ohrr, H. (2016). Usual alcohol consumption and suicide mortality among the Korean elderly in rural communities: Kangwha Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*, 70(8), 778-783.
- Yoon, S. J., & Hae-Joon Kim, M. D. (2016). Association between perceived stress, alcohol consumption levels and obesity in Koreans. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 25(2), 316.
- Zeidner, M., & Aharoni-David, E. (2015). Memories of Holocaust-related traumatic experiences, sense of coherence, and survivors' subjective well-being in late life: some puzzling findings. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(3), 254-271.
- Zielinska-Wieczkowska, H., Ciemnoczołowski, W., Kedziora-Kornatowska, K., & Muszalik, M. (2012). The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of

University of the Third Age (U3A). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 238-241.

Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016).

Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-Population Health*, 2, 373-381.

Zubieta, E. M., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277-283.

Apéndices

Apéndice A

Distribución de la muestra en 14 estratos

Estratos

Institución	N	n Final
Parroquia: Cristo Resucitado	35	7
Parroquia María Reina de la Paz	25	5
Parroquia La Natividad del Señor	250	46
Parroquia Nuestra Señora de la Soledad	80	15
Parroquia San Jenaro	90	17
Parroquia Santa María de la Montaña	25	5
Parroquia Santa Teresita del Niño Jesús	45	9
Parroquia Cristo Obrero	45	9
Parroquia Nuestra Señora de los Remedios	80	15
Parroquia San Genaro Obispo y Mártir	15	3
Parroquia San Juan Nepomuceno	40	8
Parroquia San Vicente de Paul	94	17
Parroquia Santa Catarina Mártir	50	10
DIF Santa Catarina	470	85
Total	1344 AM	251 AM

Apéndice B

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE) de Pfeiffer

Instrucciones: Favor de preguntar si el adulto mayor sabe leer y escribir y marcar la respuesta que le indica. Haga las preguntas 1 a 10 de la siguiente lista y anote todas las respuestas. Haga la pregunta n.4ª solo si el paciente no tiene teléfono. Anote el número de errores tras realizar las 10 preguntas. Las respuestas deben realizarse sin ningún calendario, periódico, certificado de nacimiento o cualquier ayuda que refresque la memoria.

☐ Sabe leer y escribir

☐ Analfabeta

1. ¿Qué día es hoy? Día _____ Mes _____ Año _____

2. ¿Qué día de la semana es hoy?

3. ¿Dónde estamos ahora?

4. ¿Cuál es su número de teléfono?

4ª. ¿Cuál es su dirección?

(Preguntar el número 4A sólo si el paciente no tiene teléfono)

5. ¿Cuántos años tiene?

6 ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? Día _____ Mes _____ Año _____

7. ¿Quién es el presidente actual de México?

8. ¿Quién fue el anterior presidente de México?

9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?

10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0 (20, 17, 14, 11, 8, 5, 2)

*3 o más errores en el adulto mayor que sabe leer y escribir = posible deterioro cognitivo

*Más de 4 errores en el adulto mayor analfabeta = posible deterioro cognitivo.

Número total de errores: _____

Apéndice C

Cédula de Datos Personales y Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas

Médicas

Instrucciones: Antes de iniciar la entrevista asegúrese que el Adulto Mayor este cómodo. Favor de preguntar lo siguiente.

I. Datos Personales

1. Años de Edad

2. Sexo

☐ Masculino

☐ Femenino

3. ¿Cuántos años ha estudiado usted?

4. ¿Cuál es su grado de estudios?

☐ Primaria incompleta

☐ Primaria completa

☐ Secundaria incompleta

☐ Secundaria completa

☐ Estudios técnicos

☐ Preparatoria

☐ Licenciatura o Ingeniería

☐ Posgrado

☐ Sin estudios

5. Religión

☐ Católico

☐ Testigo de Jehová

☐ Cristiano

☐ Otro (especificar) _____

☐ Ninguna

6. Estado civil

☐ Casado o unión libre

☐ Separado o divorciado

☐ Viudo

☐ Soltero

7. Ocupación

☐ Jubilado

☐ Cuenta con negocio propio

☐ Paquetero en tiendas de autoservicio

☐ Trabaja en un comercio menor

☐ Hogar

☐ Cuidador de nietos o familiares

☐ Otro (Especificar) _____

II. Cuestionario de Historia de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas

A. Consumo de Alcohol

8. ¿A qué edad inició a consumir alcohol? _____ años.

9. ¿En un día típico (en el que consume alcohol), ¿cuántas copas o bebidas alcohólicas ingiere (latas o botellas de cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, ron, brandy, aguardiente, tequila o mezcal) consume? _____ bebidas.

B. Consumo de Drogas Médicas

10. ¿Usted está tomando actualmente algún medicamento que requiera receta médica es decir algún medicamento controlado?

☐ Sí

☐ No

10. Si la respuesta es sí, pregunte lo siguiente, ¿Cuál o cuáles medicamentos de este tipo consume al día o los consume por semana?

Medicamentos	Por día	Por semana
OPIOIDES		
ESTIMULANTES		
DEPRESORES		
ANTIDEPRESIVOS		
ANTICONVULSIVANTES		

11. ¿Cuáles opioides consume?

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Fentanil | <input type="checkbox"/> Tylenol 292'S | <input type="checkbox"/> Dilaudid |
| <input type="checkbox"/> Darvón | <input type="checkbox"/> Tylenol #2 | <input type="checkbox"/> Percodan | <input type="checkbox"/> Buprenorfina |
| <input type="checkbox"/> Temgesic | <input type="checkbox"/> Tylenol #3 | <input type="checkbox"/> Opium | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> Tylenol 282'S | <input type="checkbox"/> Morphina | <input type="checkbox"/> Ninguno |

12. ¿Cuáles estimulantes consume?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aptensio XR | <input type="checkbox"/> Metadate ER | <input type="checkbox"/> Quillivant XR | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Concerta | <input type="checkbox"/> Methylin | <input type="checkbox"/> Adderall | |
| <input type="checkbox"/> Cotempla | <input type="checkbox"/> Methylin ER | <input type="checkbox"/> Bifetamina | |
| <input type="checkbox"/> Metadate CD | <input type="checkbox"/> Quillichew ER | <input type="checkbox"/> Otros | |

13. ¿Cuáles depresores consume?

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Valium | <input type="checkbox"/> Veronal | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Xanax | <input type="checkbox"/> Otros | |

14. ¿Cuáles antidepresivos consume?

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Celexa | <input type="checkbox"/> Paxil | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Prozac | <input type="checkbox"/> Zoloft | <input type="checkbox"/> Ninguno |

15. ¿Cuáles anticonvulsivantes consume?

- ☐ Horizant ☐ Neurontin ☐ Ninguno

11. ¿Usted tiene receta médica cuando consume Drogas Médicas (opioides, estimulantes, depresores o antidepresivos)?

- ☐ Si tengo siempre
☐ Algunas veces tengo
☐ No tengo receta médica
☐ No consume Drogas Médicas

12. ¿Cómo consigue las Drogas Médicas?

- ☐ Lo compra
☐ Se lo consiguen amigos, familiares o vecinos
☐ Se los da el Servicio de Salud
☐ Otros (especificar) _____

- ☐ No consume Drogas Médicas

13. ¿Cuándo usted consume alcohol interrumpe el consumo de Drogas Médicas?

- ☐ Si suspendo
☐ No suspendo
☐ En algunas ocasiones suspendo
☐ No consume Drogas Médicas

C. Prevalencia de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas

Categoría de Uso	Alguna vez en la Vida 1 = No 2 = Si	En el Ultimo año 1 = No 2 = Si	En el último mes 1 = No 2 = Si	En la última semana 1 = No 2 = Si
¿Usted consumió.....?				
ALCOHOL				
OPIOIDES				
ESTIMULANTES				
DEPRESORES:				
ANTIDEPRESIVOS:				
ANTICONVULSIVANTES				

Apéndice D

Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI)

Instrucciones: Por favor leer a cada adulto mayor cada pregunta que se encuentra a continuación. Si no experimento el evento DURANTE EL ULTIMO AÑO, circula 0. Si lo experimento, circula un numero del 1 al 5 que indique que tan estresante fue el evento para el adulto mayor. (Al decir estresante queremos decir que tanto le molestó, preocupó, afectó o mortificó).

Nota: En caso de que el adulto mayor presente dificultades para el mantenimiento de la siguiente calificación, favor de mostrarle el apéndice D.

(0) No ocurrió

(3) Medianamente estresante

(1) Nada estresante

(4) Bastante estresante

(2) Un poco estresante

(5) Extremadamente estresante

Que tanto le ha estresado (preocupado, mortificado, molestado o afectado) los siguientes hechos:

1. El deterioro de su memoria (olvidos o problemas en los que usted sintió haber perdido alguna habilidad de la memoria)	0	1	2	3	4	5
2. La muerte del esposo(a)	0	1	2	3	4	5
3. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su esposo(a) de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	0	1	2	3	4	5
4. La muerte de un hijo(a)	0	1	2	3	4	5
5. La muerte de su padre o madre	0	1	2	3	4	5
6. La muerte de algún miembro cercano a su familia	0	1	2	3	4	5
7. La presencia de una lesión o enfermedad de carácter importante o delicado en su persona	0	1	2	3	4	5
8. El retiro o jubilación de usted	0	1	2	3	4	5

9. El divorcio	0	1	2	3	4	5
10. El deterioro de su estado financiero o pérdidas económicas	0	1	2	3	4	5
11. La separación marital	0	1	2	3	4	5
12. El matrimonio	0	1	2	3	4	5
13. La muerte de un amigo(a)	0	1	2	3	4	5
14. La alteración en la salud o en la conducta de un miembro en su familia	0	1	2	3	4	5
15. El no poder realizar actividades que usted disfrutaba mucho	0	1	2	3	4	5
16. El divorcio o separación marital de un hijo(a)	0	1	2	3	4	5
17. La disminución en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	0	1	2	3	4	5
18. El aumento en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	0	1	2	3	4	5
19. El cambiarse a una casa menos agradable o cómoda	0	1	2	3	4	5
20. El cambio de área, departamento u oficina o lugar de trabajo a un lugar menos deseable para usted	0	1	2	3	4	5
21. El retiro o jubilación de su esposo(a)	0	1	2	3	4	5
22. El deterioro en las condiciones de vida	0	1	2	3	4	5
23. Los problemas con su jefe o sus compañeros de trabajo	0	1	2	3	4	5
24. Los problemas en la relación con un hijo(a)	0	1	2	3	4	5
25. Los problemas en la relación con su esposo(a)	0	1	2	3	4	5
26. La adquisición de una responsabilidad mayor o nueva responsabilidad en usted o su esposo(a)	0	1	2	3	4	5
27. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su padreo madre de manera obligatoria a	0	1	2	3	4	5

un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel						
28. La pérdida de un amigo muy cercano a causa de cambios o ruptura de la amistad	0	1	2	3	4	5
29. El sufrir robo o asalto en una persona o en su vivienda	0	1	2	3	4	5
30. La pérdida de objetos, artículos o pertenencias apreciadas debido a su cambio de casa	0	1	2	3	4	5
Otro: (explica) _____	0	1	2	3	4	5

Total, de puntos: _____

Apéndice E

Escala de Autotrascendencia

Instrucciones: Por favor, señale con una (X) la respuesta que más se apegue a su realidad. No hay respuestas correctas o incorrectas.

En este momento de mi vida, me veo a mí mismo como:	No, para nada	Muy poco	Algo	Mucho
1. Con pasatiempos o intereses que puedo disfrutar	1	2	3	4
2. Aceptándome a mí mismo a medida que envejezco.	1	2	3	4
3. Involucrado con otras personas o con mi comunidad, cuando es posible.	1	2	3	4
4. Ajustándome bien a mi actual situación en la vida.	1	2	3	4
5. Ajustándome a los cambios en mis capacidades físicas.	1	2	3	4
6. Compartiendo mi sabiduría o experiencia con otros.	1	2	3	4
7. Encontrándole significado a mis experiencias pasadas.	1	2	3	4
8. Ayudando de alguna manera a las personas	1	2	3	4
9. Interesado en seguir aprendiendo acerca de cosas.	1	2	3	4

10. Dejando de lado algunas cosas que alguna vez pensé que eran muy importantes.	1	2	3	4
11. Aceptando la muerte como parte de la vida.	1	2	3	4
12. Encontrando significado en mis creencias espirituales.	1	2	3	4
13. Permitiendo que otros me ayuden cuando puedo necesitarlo.	1	2	3	4
14. Disfrutando mi ritmo de vida.	1	2	3	4
15. Dándole vueltas a mis sueños o metas que no alcancé en el pasado.	1	2	3	4

Apéndice F

Escala de Perspectiva Espiritual

Instrucciones: Favor de leer cada enunciado que encuentra a continuación. Marca con una X la respuesta que se apegue más a tu realidad.

	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. ¿Cuándo está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	1	2	3	4	5	6

4. ¿Cuántas veces reza u ora usted en privado o hace meditación?	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en de acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.	1	2	3	4	5	6
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.	1	2	3	4	5	6
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.	1	2	3	4	5	6
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria.	1	2	3	4	5	6
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida.	1	2	3	4	5	6

10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

Apéndice G

Cuestionario de Orientación Hacia la Vida (SOC-13)

Instrucciones: a continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con aspectos de su vida. La información que me proporciones es completamente anónima y confidencial, ninguna persona o miembro de la institución la conocerá. Las respuestas están representadas por números que van del 1 al 7, marque con una X el número que mejor exprese su respuesta. Es importante no dejar ninguna pregunta sin respuesta.

1. ¿Tiene la impresión de que realmente no le interesa (importa) lo que pase a su alrededor?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Casi nunca
- ☐ 3. Raras veces
- ☐ 4. En ocasiones
- ☐ 5. Con frecuencia
- ☐ 6. Casi siempre
- ☐ 7. Siempre

2. ¿Le ha ocurrido alguna vez que le sorprenda la conducta de alguien cuando pensaba que le conocía bien?

- ☐ 1. Nunca me ha pasado
- ☐ 2. Casi nunca me ha pasado
- ☐ 3. Raras veces me ha pasado
- ☐ 4. En ocasiones me ha pasado
- ☐ 5. Con frecuencia me ha pasado
- ☐ 6. Casi siempre me ha pasado
- ☐ 7. Siempre me ha pasado

3. ¿Le han decepcionado algunas personas en las que confiaba?

- ☐ 1. Nunca me ha pasado
- ☐ 2. Casi nunca me ha pasado
- ☐ 3. Raras veces me ha pasado
- ☐ 4. En ocasiones me ha pasado
- ☐ 5. Con frecuencia me ha pasado
- ☐ 6. Casi siempre me ha pasado
- ☐ 7. Siempre me ha pasado

4. Hasta ahora su vida:

- ☐ 1. No ha tenido objetivos, metas e intereses claros
- ☐ 2. Casi nunca ha tenido objetivos, metas e intereses claros
- ☐ 3. Raras veces ha tenido objetivos, metas e intereses claros
- ☐ 4. En ocasiones ha tenido objetivos, metas e intereses claros
- ☐ 5. Con frecuencia ha tenido objetivos, metas e intereses claros
- ☐ 6. Casi siempre ha tenido objetivos, metas e intereses claros
- ☐ 7. Siempre ha tenido objetivos, metas e intereses claros

5. ¿Tiene la impresión de que ha sido tratado injustamente?

- ☐ 1. Siempre he tenido la impresión de haber sido tratado injustamente
- ☐ 2. Casi siempre he tenido la impresión de haber sido tratado injustamente
- ☐ 3. Con frecuencia he tenido la impresión de haber sido tratado injustamente
- ☐ 4. En ocasiones he tenido la impresión de haber sido tratado injustamente
- ☐ 5. Raras veces he tenido la impresión de haber sido tratado injustamente
- ☐ 6. Casi nunca he tenido la impresión de haber sido tratado injustamente
- ☐ 7. Nunca he tenido la impresión de haber sido tratado injustamente

6. ¿Tiene la impresión de encontrarse en una situación poco común y de no saber qué hacer?

- ☐ 1. Siempre he tenido la impresión de encontrarme con una situación poco común y no saber qué hacer
- ☐ 2. Casi siempre he tenido la impresión de encontrarme con una situación poco común y no saber qué hacer
- ☐ 3. Con frecuencia he tenido la impresión de encontrarme con una situación poco común y no saber qué hacer
- ☐ 4. En ocasiones he tenido la impresión de encontrarme con una situación poco común y no saber qué hacer
- ☐ 5. Raras veces he tenido la impresión de encontrarme con una situación poco común y no saber qué hacer
- ☐ 6. Casi nunca he tenido la impresión de encontrarme con una situación poco común y no saber qué hacer
- ☐ 7. Nunca he tenido la impresión de encontrarme con una situación poco común y no saber qué hacer

7. El llevar a cabo sus actividades día a día constituye:

- ☐ 1. Una fuente completa de satisfacción
- ☐ 2. Una fuente casi completa de satisfacción
- ☐ 3. Una fuente moderada de satisfacción
- ☐ 4. Una fuente limitada de satisfacción
- ☐ 5. Una fuente escasa de satisfacción
- ☐ 6. Una fuente nula de satisfacción
- ☐ 7. Una fuente completa de dolor y aburrimiento

8. ¿Tiene sentimientos/ideas muy confusas?

- ☐ 1. Siempre tengo sentimientos/ideas muy confusas
- ☐ 2. Casi siempre tengo sentimientos/ideas muy confusas

- ☐ 3. Con frecuencia tengo sentimientos/ideas muy confusas
- ☐ 4. En ocasiones tengo sentimientos/ideas muy confusas
- ☐ 5. Raras veces tengo sentimientos/ideas muy confusas
- ☐ 6. Casi nunca tengo sentimientos/ideas muy confusas
- ☐ 7. Nunca tengo sentimientos/ideas muy confusas

9. ¿Le ocurre a usted tener sentimientos que preferiría no tener?

- ☐ 1. Siempre tengo sentimientos que preferiría no tener
- ☐ 2. Casi siempre tengo sentimientos que preferiría no tener
- ☐ 3. Con frecuencia tengo sentimientos que preferiría no tener
- ☐ 4. En ocasiones tengo sentimientos que preferiría no tener
- ☐ 5. Raras veces tengo sentimientos que preferiría no tener
- ☐ 6. Casi nunca tengo sentimientos que preferiría no tener
- ☐ 7. Nunca tengo sentimientos que preferiría no tener

10. Muchas personas, incluso aquellas con un carácter fuerte, se pueden derrumbar y se sienten perdedoras en algunas situaciones ¿con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?

- ☐ 1. Nunca me he sentido así
- ☐ 2. Casi nunca me he sentido así
- ☐ 3. Raras veces me he sentido así
- ☐ 4. En ocasiones me he sentido así
- ☐ 5. Con frecuencia me he sentido así
- ☐ 6. Casi siempre me he sentido así
- ☐ 7. Siempre me he sentido así

11. Cuando ha ocurrido algo, usted ha comprobado por lo general que:

- ☐ 1. Le ha dado excesiva o escasa importancia
- ☐ 2. Le he dado limitada importancia
- ☐ 3. Le ha dado cierta importancia

- ☐ 4. Le ha dado la importancia que a la larga no tenia
- ☐ 5. Ha visto las cosas de forma dudosa
- ☐ 6. Ha visto las cosas con una mirada poco cierta
- ☐ 7. Ha visto las cosas en su proporción adecuada

12. ¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que las cosas que hace en su vida cotidiana tienen poco sentido?

- ☐ 1. Siempre tengo la impresión de que las cosas que hago en mi vida cotidiana tienen poco sentido
- ☐ 2. Casi siempre tengo la impresión de que las cosas que hago en mi vida cotidiana tienen poco sentido
- ☐ 3. Con frecuencia tengo la impresión de que las cosas que hago en mi vida cotidiana tienen poco sentido
- ☐ 4. En ocasiones tengo la impresión de que las cosas que hago en mi vida cotidiana tienen poco sentido
- ☐ 5. Raras veces tengo la impresión de que las cosas que hago en mi vida cotidiana tienen poco sentido
- ☐ 6. Casi nunca tengo la impresión de que las cosas que hago en mi vida cotidiana tienen poco sentido
- ☐ 7. Nunca tengo la impresión de que las cosas que hago en mi vida cotidiana tienen poco sentido

13. ¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que no está seguro de poder actuar bajo control?

- ☐ 1. Siempre tengo la impresión de no estar seguro de poder actuar bajo control
- ☐ 2. Casi siempre tengo la impresión de no estar seguro de poder actuar bajo control
- ☐ 3. Con frecuencia tengo la impresión de no estar seguro de poder actuar bajo control
- ☐ 4. En ocasiones tengo la impresión de no estar seguro de poder actuar bajo control
- ☐ 5. Raras veces tengo la impresión de no estar seguro de poder actuar bajo control

- ☐ 6. Casi nunca tengo la impresión de no estar seguro de poder actuar bajo control
- ☐ 7. Nunca tengo la impresión de no estar seguro de poder actuar bajo control

Apéndice H

Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G

Instrucciones: Entrevistador (a) Por favor lea despacio cada una de las preguntas que aparecen a continuación La siguiente es una lista de preguntas acerca de los hábitos presentes respecto al consumo de alcohol en el adulto mayor. Por Favor marque la respuesta ya sea afirmativa o negativa (Si ó No), a cada pregunta que le realice al adulto mayor, de conformidad la respuesta que el conteste.

1. Después de consumir alcohol ¿ha notado alguna vez un aumento en su frecuencia cardiaca o palpitaciones en el pecho?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. Cuando habla con otras personas, ¿alguna vez subestimo que tanto bebe alcohol en realidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. ¿El alcohol le da sueño? ¿Frecuentemente se queda dormido en su silla?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. Después de tomar algunas bebidas, ¿en ocasiones no ha comido porque no tenía hambre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. ¿El consumir bebidas alcohólicas le ayuda a disminuir sus temblores?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Debido al consumo del alcohol se le hace difícil en ocasiones recordar cosas que ocurrieron durante el día o la noche?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Tiene reglas de no consumir alcohol hasta después de cierta hora del día?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha perdido interés en actividades o pasatiempos que antes disfrutaba?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Cuándo se levanta en la mañana, tiene problemas para recordar situaciones o cosas que sucedieron la noche anterior?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

10. ¿Le ayuda a dormir el consumir una bebida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Usted esconde sus botellas de alcohol de sus familiares o de su familia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12. Después de una reunión social, ¿alguna vez se sintió avergonzado porque consumió demasiado alcohol?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Alguna vez se ha preocupado porque el consumir alcohol puede ser dañino para su salud?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
14. Antes de dormir ¿le gusta tomar una bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Se dio cuenta que su manera de beber aumento después de que murió alguna persona cercana a usted?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
16. En general, ¿Proferiría tomar algunas bebidas en su casa, en lugar de salir a reuniones sociales?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Estas consumiendo más alcohol ahora que antes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
18. ¿Normalmente toma una bebida de alcohol para relajarse o calmar sus nervios?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
19. ¿Consume alcohol para olvidarse de sus problemas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
20. ¿Ha aumentado su consumo de alcohol después de sufrir una perdida en su vida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
21. ¿En ocasiones maneja cuando ha consumido demasiado alcohol?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
22. ¿Le ha dicho alguna vez a un doctor o enfermera que están preocupados por su manera de consumir alcohol?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
23. ¿Se ha puesto reglas para manejar su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
24. ¿Cuándo se siente solo, ¿Consumir alcohol le ayuda a sentirse mejor?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Nota: cuando termine de marcas todas las respuestas, favor de sumar el total de respuestas afirmativas ($\sum Si=1$) y colocar la sumatoria en el siguiente espacio	Total de puntos: _____
---	---------------------------

Apéndice I

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión corta)

Instrucciones: a continuación, usted encuentra una serie de enunciados, podría indicar que tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones, marcando en la casilla que mejor se ajuste a su respuesta.

(1)Fuerte desacuerdo (2) Moderado desacuerdo (3) Ligero desacuerdo

(4) Ligero acuerdo (5) Moderado acuerdo (6) Fuerte acuerdo

Afirmación	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6

9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6

22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

Apéndice J

Escala de Bienestar Social de Keyes

Instrucciones: Por favor indique con una X sobre la casilla del número que represente que tanto usted está de acuerdo o en desacuerdo, con las siguientes afirmaciones.

(1) Fuertemente desacuerdo (2) moderadamente desacuerdo

(3) ligeramente desacuerdo (4) ligeramente en acuerdo

(5) moderadamente acuerdo (6) fuertemente en acuerdo

Afirmación	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	1	2	3	4	5	6
2. Creo que la gente no es de fiar.	1	2	3	4	5	6
3. Creo que puedo aportar algo al mundo.	1	2	3	4	5	6
4. Para mí el progreso social es algo que no existe.	1	2	3	4	5	6
5. No entiendo lo que está pasando en el mundo.	1	2	3	4	5	6
6. Creo que la gente me valora como persona.	1	2	3	4	5	6
7. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas	1	2	3	4	5	6
8. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.	1	2	3	4	5	6
9. La sociedad no ofrece incentivos para gente como yo.	1	2	3	4	5	6
10. El mundo es demasiado complejo para mí.	1	2	3	4	5	6
11 Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.	1	2	3	4	5	6
12 Creo que no se debe confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
13 Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.	1	2	3	4	5	6
14 Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.	1	2	3	4	5	6

15 No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.	1	2	3	4	5	6
16. Me siento cercano a otra gente.	1	2	3	4	5	6
17 Creo que la gente es egoísta.	1	2	3	4	5	6
18. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.	1	2	3	4	5	6
19 No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.	1	2	3	4	5	6
20. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.	1	2	3	4	5	6
21. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.	1	2	3	4	5	6
22 Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.	1	2	3	4	5	6
23. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.	1	2	3	4	5	6
24. La sociedad ya no progresa.	1	2	3	4	5	6
25. Los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo	1	2	3	4	5	6
26. No me siento pertenecer a ningún grupo social	1	2	3	4	5	6
27. Las personas no se preocupan de los problemas de otros	1	2	3	4	5	6
28 Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras personas	1	2	3	4	5	6
29. El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente.	1	2	3	4	5	6
30. Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el futuro.	1	2	3	4	5	6

31. La sociedad en la que vivo es una fuente de bienestar.	1	2	3	4	5	6
32. Creo que las personas son amables.	1	2	3	4	5	6
33. Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor.	1	2	3	4	5	6

Apéndice K

Índice de Religión de la Universidad de Duke

1. ¿Con cuanta frecuencia asiste usted a la iglesia u otros encuentros religiosos?

1. Nunca
2. Una vez al año o menos
3. Unas pocas veces al año
4. Unas pocas veces al mes
5. Una vez a la semana
6. Más de una vez a la semana

2. ¿Con cuanta frecuencia dedica usted tiempo a actividades religiosas privadas, como por ejemplo rezar, meditar, o estudiar la Biblia?

1. Más de una vez al día
2. Diariamente
3. Dos o más de dos veces al día
4. Una vez a la semana
5. Unas pocas veces al mes
6. Raras veces o nunca

La siguiente sección contiene tres frases acerca de creencias o experiencias religiosas.

Por favor, seleccione en cada una la frase que más aplica a usted.

3. En mi vida, yo siento la presencia de lo Divino (por ejemplo Dios).

1. Definitivamente no es cierto
2. Tiende a no ser cierto
3. No estoy seguro(a)
4. Tiende a ser cierto
5. Definitivamente cierto para mi

4. Mis creencias religiosas son lo que realmente está detrás de mi enfoque hacia la vida.

1. Definitivamente no es cierto

2. Tiende a no ser cierto
 3. No estoy seguro(a)
 4. Tiende a ser cierto
 5. Definitivamente cierto para mi
5. Trato de llevar mis fundamentos religiosos a todos los demás aspectos de mi vida.
1. Definitivamente no es cierto
 2. Tiende a no ser cierto
 3. No estoy seguro(a)
 4. Tiende a ser cierto
 5. Definitivamente cierto para mi

Total: _____

Apéndice L

Consentimiento Informado

Título del Proyecto

Autotrascendencia, Sentido de Coherencia y Bienestar en Adultos Mayores que Consumen y No Consumen Alcohol y Drogas Médicas

Autor del estudio

MCE. Carlos Alberto Salazar Moreno.

Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo.

Prólogo

Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados al consumo de alcohol y drogas médicas en los Adultos Mayores. Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio, el cual se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado.

Propósito del Estudio

Proponer una teoría de rango medio denominada: Autotrascendencia, Sentido de Coherencia y Bienestar en Adultos Mayores que Consumen y No Consumen Alcohol y Drogas Médicas. La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del estudio/procedimiento

Si usted acepta participar en el estudio, se le pedirá que pase a un área designada por la institución, se le realizarán una serie de preguntas que deberá responder de acuerdo a su opinión, durante la entrevista estará el autor principal: el tiempo aproximado de la entrevista será de 45 minutos y se proporcionará un tiempo de descanso de 15 minutos a mitad de la entrevista y posteriormente usted decidirá si desea continuar con la entrevista o si es necesario programar otra cita. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida, su decisión no afecte en el servicio que le proporciona la institución de salud.

Riesgos e inquietudes

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Si usted se siente indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo, en un futuro con los resultados encontrados se podrán diseñar programas de prevención para evitar el consumo de alcohol y drogas médicas.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación

Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información que usted proporcione durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, favor de comunicarse al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la FAEN/UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas. Dirección Avenida Gonzalitos 1500. Colonia Mitras Centro.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación

El MCE. Carlos Alberto Salazar Moreno me ha explicado y ha dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, así mismo me ha comunicado que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee, por lo cual yo he decidido participar en el estudio.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del Primer Testigo

Fecha

Firma y nombre del Segundo Testigo

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Apéndice M

Permisos para Recolección de Datos



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-635/2018

PBRO. ALFREDO FLORES

Párroco

Parroquia La Natividad del Señor

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba piloto de su estudio de tesis titulado, "**AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS**". De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales y Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 2) Inventario de Estrés en la Vida (Aldwin, 1990), 3) Escala de Autotrascendencia (Reed, 1991), 4) Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986), 5) Escala de Orientación hacia la Vida (Antonovsky, 1987), 6) MAST-G (Blow, 1992), 7) Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989), 8) Escala de Bienestar Social (1998) y 9) Índice de Religión de la Universidad de Duke (2010), a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre del presente año, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 03 de Diciembre de 2018

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretario de Investigación



c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-304/2019

PRBO. FERNANDO PÉREZ ARIZPE

Párroco

Parroquia Cristo Buen Pastor

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS**". De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre de 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 12 de Julio de 2019

**DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS**

Secretaría de Investigación

c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43



Arquidiócesis de
Monterrey, A.R.

Cristo
Buen Pastor
parroquia católica
los fresnos, apodaca



#SOMOSUNI

10:54
16. Julio -19
Gerardo Luna Mtz



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-303/2019

PBRO. GENARO GUTIÉRREZ VALDOVINOS

Párroco

Parroquia Cristo Resucitado

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS**". De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre del presente año, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.



Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey Nuevo León, 04 de Julio de 2019

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretario de Investigación



c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43



#SOMOS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-301/2019

R.P. ALFREDO BECERRA VÁZQUEZ

Párroco

Parroquia San Vicente de Paul

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS**". De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre del presente año, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 04 de Julio de 2019.

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretaría de Investigación



c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-302/2019

R.P. FRANCISCO JOSÉ ALBURQUERQUE SALES

Párroco

Parroquia Santa Teresita del Niño Jesús

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS**". De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre del presente año, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 04 de Julio de 2019

**DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVATS**

Secretario de Investigación

c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43



#SOMOS

SOMOS INVESTIGACIÓN



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-328/2019

PBRO. BERNARDO MARTÍNEZ GARZADecano de la Parroquia de Nuestra Señora de la Soledad
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS**". De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre de 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammas Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 27 de Agosto de 2019

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretario de Investigación



c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 rte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8346 89 43

UNIVERSIDAD CATARINA, N. L.
#SOMOSCESEDE
MONTERREY
28- Agosto-19



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-343/2019

PBRO. JOEL NAPOLEÓN REYES GARCÍA

Párroco

Parroquia María Reina de la Paz

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, **"AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS"**. De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre de 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.



Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 10 de Septiembre de 2019

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretario de Investigación



SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Ave. General Francisco de B. 1500
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43



#SOMOS UN



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-344/2019

PBRO. GUILLERMO FLORES GARCÍA

Párroco

Parroquia Santa María de la Montaña

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, **"AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS"**. De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre de 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 10 de Septiembre de 2019

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretario de Investigación

SECRETARÍA DE
INVESTIGACIÓN

c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43



Proclama mi alma la
grandeza del Señor.
San Lucas 1, 46-55



#SOMOS UN



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-425/2019

PBRO. GERARDO MARÍA MAYELA GONZÁLES

Párroco

Parroquia Santa Catarina Mártir

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, **"AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS"**. De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre de 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey, Nuevo León, 18 de Octubre de 2019

SECRETARÍA DE
INVESTIGACIÓN**DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS**

Secretario de Investigación

Ave. Generalísimo 100 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43



#SOMOSUNI



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-355/2019

PBRO. JOSÉ ELÍAS JUÁREZ SEPÚLVEDA

Párroco

Parroquia San Genaro Obispo y Mártir.

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, **"AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS"**. De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre de 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 11 de Septiembre de 2019

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretario de Investigación



c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43

#SOMOS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

FAEN



SI-391/2019

PBRO. DANIEL BADILLO LÓPEZ

Párroco

Parroquia San Genaro

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, **"AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS"**. De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a los grupo parroquiales que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre de 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

SAN JENARO



ARQUIDIOCESIS DE MONTERREY, A. R.
PLATINO #200 COL. SAN PEDRO 400
SAN PEDRO GARZA GARCÍA, N. L.
TEL. 8315-0038

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 07 de Octubre de 2019

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Secretario de Investigación



SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43



#SOMOS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

SI-442/2019

FAEN

**LIC. CLAUDA LIZETH HERNÁNDEZ MEDRANO**

Directora General Sistema DIF de Guadalupe, N.L.

Presente.-

AT'N: Lic. José Ángel Alvarado del Toro

Coordinador de Atención al Adulto Mayor

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, **"AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS"**. De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre de 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey, Nuevo León, 25 de Octubre de 2019

UAE
GOBIERNO DE
NUEVO LEÓN
9:57
20 OCT 2019
Isela B

**DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS**

Secretario de Investigación

SECRETARÍA DE
INVESTIGACIÓN

c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8348 89 43

#SOMOS



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

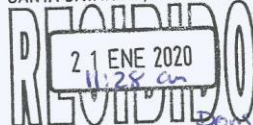
SI-025/2020

LIC. DAVID RODRÍGUEZ CASTILLÓN
 Director General del DIF de Santa Catarina
 Centro del Adulto Mayor del DIF
 Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **MCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN Y NO CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS MÉDICAS**". De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales 2) Cuestionario de Valoración de Consumo de Alcohol y Drogas Médicas, 3) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE), 4) Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI), 5) Escala de Autotrascendencia, 6) Escala de Perspectiva Espiritual, 7) Cuestionario de Orientación hacia la Vida (SOC-13), 8) Examen de Tamizaje (Detección) de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica MAST-G, 9) Escala de Bienestar Psicológico, 10) Escala de Bienestar Social, 11) Índice de Religión, 12) Consentimiento informado, a Adultos Mayores que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 23 y 26 de Noviembre del 2018, respectivamente. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D1460**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

GOBIERNO MUNICIPAL DE
 SANTA CATARINA, NUEVO LEÓN



DIF SANTA CATARINA
 DIRECCIÓN

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 20 de Enero de 2020



DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA
 Secretario de Investigación

C.C.P. Archivo
 Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460
 Monterrey, Nuevo León, México
 Tel. 8348 89 43



Apéndice N

Opciones de Respuesta Graficas

Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores (ELSI)







0		No ocurrió
1		Nada estresante
2		Un poco estresante
3		Mediantemente estresante
4		Bastante estresante
5		Extremadamente estresante

Escala de Autotrascendencia

1		No, para nada
2		Muy poco
3		Algo
4		Mucho

Escala de Perspectiva Espiritual

Preguntas del 5 al 10

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| 1 |  | Extremadamente en desacuerdo |
| 2 |  | Desacuerdo |
| 3 |  | En desacuerdo más que en acuerdo |
| 4 |  | De acuerdo más que en desacuerdo |
| 5 |  | De acuerdo |
| 6 |  | Extremadamente de acuerdo |

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

- | | | |
|---|---|---------------------|
| 1 |  | Fuerte desacuerdo |
| 2 |  | Moderado desacuerdo |
| 3 |  | Ligero desacuerdo |
| 4 |  | Ligero acuerdo |
| 5 |  | Moderado acuerdo |
| 6 |  | Fuerte acuerdo |

Escala de Bienestar Social de Keyes

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| 1 |  | Fuertemente desacuerdo |
| 2 |  | Moderadamente desacuerdo |
| 3 |  | Ligeramente desacuerdo |
| 4 |  | Ligeramente en acuerdo |
| 5 |  | Moderadamente acuerdo |
| 6 |  | Fuertemente en acuerdo |

Apéndice Ñ

Tabla de EEV General

EEV experimentado por los AM en los últimos 12 meses general

Eventos	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
1. El deterioro de su memoria	143	57	108	43	51	63
2. La muerte del esposo(a)	20	8	231	92	5	11
3. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su esposo(a) de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	19	7.6	232	92.4	4	11
4. La muerte de un hijo(a)	12	4.8	239	95.2	2	7
5. La muerte de su padre o madre	27	10.8	224	89.2	7	15
6. La muerte de algún miembro cercano a su familia	92	36.7	159	63.3	31	43
7. La presencia de una lesión o enfermedad de carácter importante o delicado en su persona	145	57.8	106	42.2	52	64
8. El retiro o jubilación de usted	25	10	226	90	6	14
9. El divorcio	16	6.4	235	93.6	3	9
10. El deterioro de su estado financiero o pérdidas económicas	93	37.1	158	62.9	31	43
11. La separación marital	15	6	236	94	3	9
12. El matrimonio	14	5.6	237	94.4	3	8
13. La muerte de un amigo(a)	56	22.3	195	77.7	17	27

Continuación...

14. La alteración en la salud o en la conducta de un miembro en su familia	127	50.6	124	49.4	44	57
15. El no poder realizar actividades que usted disfrutaba mucho	114	45.4	137	54.6	39	52
16. El divorcio o separación marital de un hijo(a)	59	23.5	192	76.5	18	29
17. La disminución en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	8	3.2	243	96.8	1	5
18. El aumento en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	11	4.4	240	95.6	2	7
19. El cambiarse a una casa menos agradable o cómoda	13	5.2	238	94.8	2	8
20. El cambio de área, departamento u oficina o lugar de trabajo a un lugar menos deseable para usted	6	2.4	245	97.6	0	4
21. El retiro o jubilación de su esposo(a)	17	6.8	243	93.2	4	10
22. El deterioro en las condiciones de vida	74	29.5	177	70.5	24	35
23. Los problemas con su jefe o sus compañeros de trabajo	10	4	241	96	2	6
24. Los problemas en la relación con un hijo(a)	63	25.1	188	74.9	20	31
25. Los problemas en la relación con su esposo(a)	31	12.4	220	87.6	8	16
26. La adquisición de una responsabilidad mayor o nueva responsabilidad en usted o su esposo(a)	30	12	221	88	8	16

Continuación...

27. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su padreo madre de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	8	3.2	243	96.8	1	5
28. La pérdida de un amigo muy cercano a causa de cambios o ruptura de la amistad	20	8	231	92	5	11
29. El sufrir robo o asalto en una persona o en su vivienda	16	6.4	235	93.6	3	9
30. La pérdida de objetos, artículos o pertenencias apreciadas debido a su cambio de casa	9	3.6	242	96.4	1	6
31. Otros eventos experimentados	42	16.7	209	83.3	12	21

Nota: IC= Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, $n=251$.

Apéndice O

Tabla de EEV Sexo Masculino

EEV experimentado por los AM en los últimos 12 meses en el sexo masculino

Eventos	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
1. El deterioro de su memoria (olvidos o problemas en los que usted sintió haber perdido alguna habilidad de la memoria)	37	64.9	20	35.1	52	78
2. La muerte del esposo(a)	3	5.3	54	94.7	1	11
3. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su esposo(a) de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	8	14	49	86	05	23
4. La muerte de un hijo(a)	2	3.5	55	96.5	1	8
5. La muerte de su padre o madre	2	3.5	55	96.5	1	8
6. La muerte de algún miembro cercano a su familia	18	31.6	39	68.4	19	44
7. La presencia de una lesión o enfermedad de carácter importante o delicado en su persona	33	57.9	24	42.1	45	71
8. El retiro o jubilación de usted	7	12.3	50	87.7	3	21
9. El divorcio	4	7	53	93	0	14
10. El deterioro de su estado financiero o pérdidas económicas	19	33.3	38	66.7	21	46
11. La separación marital	1	1.8	56	98.2	2	05

Continuación...

12. El matrimonio	3	5.3	54	94.7	1	11
13. La muerte de un amigo(a)	13	22.8	44	77.2	12	34
14. La alteración en la salud o en la conducta de un miembro en su familia	23	40.4	34	59.6	27	53
15. El no poder realizar actividades que usted disfrutaba mucho	25	43.9	32	56.1	31	57
16. El divorcio o separación marital de un hijo(a)	12	21.1	45	78.9	10	32
17. La disminución en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	2	3.5	55	96.5	1	8
18. El aumento en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	5	8.8	52	91.2	1	16
19. El cambiarse a una casa menos agradable o cómoda	4	7	53	93	0	14
20. El cambio de área, departamento u oficina o lugar de trabajo a un lugar menos deseable para usted	0	0	57	100	6	26
21. El retiro o jubilación de su esposo(a)	0	0	57	100	9	30
22. El deterioro en las condiciones de vida	9	15.8	48	84.2	1	11
23. Los problemas con su jefe o sus compañeros de trabajo	0	0	57	100	0	14
24. Los problemas en la relación con un hijo(a)	11	19.3	46	80.7	2	05
25. Los problemas en la relación con su esposo(a)	3	5.3	54	94.7	2	05
26. La adquisición de una responsabilidad mayor o nueva responsabilidad en usted o su esposo(a)	4	7	53	93	2	5

Continuación...

27. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su padreo madre de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	1	1.8	56	98.2	1	11
28. La pérdida de un amigo muy cercano a causa de cambios o ruptura de la amistad	1	1.8	56	98.2	9	30
29. El sufrir robo o asalto en una persona o en su vivienda	1	1.8	56	98.2	52	78
30. La pérdida de objetos, artículos o pertenencias apreciadas debido a su cambio de casa	3	5.3	54	94.7	1	11
31. Otros eventos experimentados	11	19.3	46	80.7	5	23

Nota: IC= Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, $n = 57$.

Apéndice P

Tabla de EEV Sexo Femenino

EEV experimentado por los AM en los últimos 12 meses en el sexo femenino

Eventos	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	<i>f</i>	LI	LS
1. El deterioro de su memoria	106	54.6	88	45.4	48	62
2. La muerte del esposo(a)	17	8.8	117	91.2	5	13
3. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir él envió de su esposo(a) de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	11	5.7	183	94.3	2	9
4. La muerte de un hijo(a)	10	5.2	184	94.8	2	8
5. La muerte de su padre o madre	25	12.9	169	87.1	8	18
6. La muerte de algún miembro cercano a su familia	74	38.1	120	61.9	31	45
7. La presencia de una lesión o enfermedad de carácter importante o delicado en su persona	112	57.7	82	42.3	51	65
8. El retiro o jubilación de usted	18	9.3	176	90.7	5	13
9. El divorcio	12	6.2	182	93.8	3	10
10. El deterioro de su estado financiero o pérdidas económicas	74	38.1	120	61.9	31	45
11. La separación marital	14	7.2	180	92.8	4	11
12. El matrimonio	11	5.7	183	94.3	2	9

Continuación...

13. La muerte de un amigo(a)	43	22.2	151	77.8	16	28
14. La alteración en la salud o en la conducta de un miembro en su familia	104	53.6	90	46.4	47	61
15. El no poder realizar actividades que usted disfrutaba mucho	89	45.9	105	54.1	39	53
16. El divorcio o separación marital de un hijo(a)	47	24.2	147	75.8	18	30
17. La disminución en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	6	3.1	188	96.9	1	6
18. El aumento en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	6	3.1	188	96.9	1	6
19. El cambiarse a una casa menos agradable o cómoda	9	4.6	185	95.4	2	8
20. El cambio de área, departamento u oficina o lugar de trabajo a un lugar menos deseable para usted	6	3.1	188	96.9	1	6
21. El retiro o jubilación de su esposo(a)	17	8.8	177	91.2	5	13
22. El deterioro en las condiciones de vida	85	33.5	129	66.5	27	40
23. Los problemas con su jefe o sus compañeros de trabajo	10	5.2	184	94.8	2	8
24. Los problemas en la relación con un hijo(a)	52	26.8	142	73.2	21	33
25. Los problemas en la relación con su esposo(a)	28	14.4	166	85.6	9	19

Continuación...

26. La adquisición de una responsabilidad mayor o nueva responsabilidad en usted o su esposo(a)	26	13.4	168	86.6	9	18
27. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su padre o madre de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	7	3.6	187	96.4	1	6
28. La pérdida de un amigo muy cercano a causa de cambios o ruptura de la amistad	19	9.8	175	90.2	6	14
29. El sufrir robo o asalto en una persona o en su vivienda	15	7.7	179	92.3	4	12
30. La pérdida de objetos, artículos o pertenencias apreciadas debido a su cambio de casa	6	3.1	188	96.9	1	06
Otro: (explica)	31	16	163	84	11	21

Nota: IC= Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, $n = 194$.

Apéndice Q

Tabla descriptiva para variables continuas y numéricas en el sexo masculino

Variables continuas y numéricas en el Sexo Masculino

Variables	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>Mín.</i>	Valor <i>Máx.</i>
Edad en años	57	73.1	72.0	7.2	60	94
Nivel educativo en años	49	6.6	6.0	4.1	1	16
Edad de inicio de consumo de alcohol	53	18.42	17.0	5.6	8	40
Cantidad de bebidas en un día típico	28	2.2	2.0	1.5	1	7
Cuántas drogas médicas consume	9	1.1	1.0	.3	1	2
Índice de EEV	57	7.2	6.4	5.2	0	23
Índice de autotrascendencia	57	78.5	80.0	14.6	33	98
Índice de espiritualidad	57	76.8	84.0	21.5	0	100
Índice de SOC	57	79.4	80.7	14.1	41	100
Índice de consumo de alcohol	57	4.4	.0	7.9	0	33
Índice de bienestar psicológico	57	76.2	77.2	11.2	48	94
Índice de bienestar social	57	61.9	63.6	17.3	15	94
Índice de religiosidad	57	21.9	23.0	4.9	6	27

Nota: *n* = tamaño de la muestra, *X* = media, *Mdn*= mediana, *Mín*= mínimo, *Máx*= máximo, *DE* = Desviación Estándar.

Apéndice R

Tabla descriptiva para variables continuas y numéricas en el sexo femenino

Variables continuas y numéricas en el Sexo Femenino

Variables	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>Mín.</i>	Valor <i>Máx.</i>
Edad en años	194	70.7	70.0	6.78	60	88
Nivel educativo en años	180	6.19	6.0	3.2	1	18
Edad de inicio de consumo de alcohol	115	29.9	25.0	16.3	9	71
Cantidad de bebidas en un día típico	55	1.5	1.0	1.0	1	5
Cuántas drogas médicas consume	33	1.0	1.0	.38	1	3
Índice de EEV	194	9.5	7.1	8.2	0	46
Índice de autotranscendencia	194	77.1	80.0	15.0	33	100
Índice de espiritualidad	194	87.6	90.0	13.5	0	100
Índice de SOC	194	74.1	76.9	16.4	13	100
Índice de consumo de alcohol	194	1.1	.0	5.1	0	50
Índice de bienestar psicológico	194	74.0	75.1	12.2	26	97
Índice de bienestar social	194	61.1	61.8	15.2	15	96
Índice de religiosidad	194	24.5	26.0	2.8	10	27

Nota: *n* = tamaño de la muestra, *X* = media, *Mdn*= mediana, *Mín*= mínimo, *Máx*= máximo, *DE* = Desviación Estándar.

Resumen Autobiográfico

MCE. Carlos Alberto Salazar Moreno

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis: AUTOTRASCENDENCIA, SENTIDO DE COHERENCIA Y BIENESTAR
EN ADULTOS MAYORES QUE CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS
MÉDICAS

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Licitas e Ilícitas

Biografía: Nacido en Monterrey Nuevo León, el 12 de marzo de 1992, hijo del Sr. Juan Salazar Álvarez y la Sra. Consuelo Moreno Perales.

Educación: Egresado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de licenciado en Enfermería de la generación 2009-2013 y de la Maestría en Ciencias de Enfermería como Maestro en Ciencias de Enfermería de la generación 2015-2017. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la generación 2017-2020.

Experiencia Profesional: Enfermero General del Hospital Universitario del departamento de Cirugía General durante el periodo 2014-2015. Instructor de práctica clínica en la Jefatura de Formación Profesional en el Hospital Universitario Turno Vespertino durante el periodo 2018-2020.

Asociaciones: Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería “Sigma Theta Tau”, Capítulo Tau Alpha desde el 2012.

E-mail: charlie_salazar1992@hotmail.com